



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

RINTASYÖPÄPOTILAAN HOITOPOLKU LEIKKAUSPÄÄTÖKSEN JÄLKEEN

Opetusvideo hoitotyön opiskelijoille

Jenny Koskinen

Noora Vendelin

Opinnäytetyö
Lokakuu 2017
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

KOSKINEN, JENNY & VENDELIN NOORA:
Rintasyöpäpotilaan hoitopolku leikkauspäätöksen jälkeen
Opetusvideo hoitotyön opiskelijoille

Opinnäytetyö 55 sivua, joista liitteitä 6 sivua
Lokakuu 2017

Toiminnallinen opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Tampereen ammattikorkeakoulun kanssa. Taustalla oli kirurgista hoitotyötä opettavien opettajien tarve saada uutta opetusmateriaalia kirurgisen potilaan hoitopolusta. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa TAMKin keskivaiheen opiskelijoille opetusvideo kirurgisen potilaan hoitopolusta. Tarkemmaksi aiheeksi valikoitui rintasyöpää sairastavan potilaan hoitopolku. Työn tavoitteena oli lisätä TAMKin sairaanhoitajaopiskelijoiden tietämystä kirurgisen rintasyöpäpotilaan hoitopolun eri vaiheista, varsinkin sellaisille opiskelijoille, joilla ei ole ennestään tietämystä potilaan kirurgisesta hoitopolusta. Opinnäytetyön tehtävinä oli vastata kysymyksiin, millainen on kirurgisen rintasyöpäpotilaan hoitopolku sekä minkälainen on hyvä opetusvideo. Opinnäytetyön tuotoksena muodostui tiivis opetusvideo kirurgisen hoitotyön opiskelun tueksi.

Opinnäytetyössä sekä tuotoksessa käsiteltiin rintasyöpäpotilaan hoitopolkua. Rintasyöpä on naisten yleisin syöpä Suomessa ja noin joka yhdeksäs suomalainen nainen sairastuu siihen. Rintasyöpää hoidetaan usein leikkauksella, joten hoitajana on tärkeää ymmärtää kirurgisen rintasyöpäpotilaan hoitopolun kulkua. Potilaan hoitopolun tunteminen takaa potilaalle sujuvan ja turvallisen hoidon. Lisäksi potilaan saaman ohjauksen leikkausta edeltävässä ja sen jälkeisessä vaiheessa on todettu edistävän nopeampaa toipumista. Varsinkin sairaanhoitajan antaman ohjauksen on huomattu olevan tärkeässä roolissa potilaan hoitopolun aikana.

Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat muodostuivat kirurgisesta rintasyöpäpotilaasta, hoitopolusta ja opetusvideosta. Tuotoksena syntynyt opetusvideo havainnollistaa kirurgisen potilaan hoitopolkua rintasyöpää sairastavan näkökulmasta. Videoiden on todettu olevan erittäin tehokas apu opetusvälineenä ja oppimisessa. Erityisesti opetusmenetelmänä videosta hyötyvät opiskelijat, jotka oppivat sekä visuaalisesti että auditiivisesti. Tuotos antaa hyvää perustietoa hoitotyön opiskelijoille tulevia harjoitteluja sekä työelämää varten. Videota voi hyödyntää oppitunneilla sekä myös itseopiskelun tukena. Jatkotutkimuksena opinnäytetyölle voisi olla kartoitus kirurgisten potilaiden hoitopolun sujuvuudesta.

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

KOSKINEN, JENNY & VENDELIN, NOORA:

The Care Chain of a Breast Cancer Patient after Receiving a Surgical Decision
An Educational Video for Nursing Students

Bachelor's thesis 55 pages, appendices 6 pages
October 2017

This functional thesis was conducted together with Tampere University of Applied Sciences. The purpose was to produce an educational video of the care chain of surgical patients for students at Tamk. The aim was to increase the nursing students' knowledge of the different stages of treatment chain of breast cancer patients. The purpose was to answer what the care chain of a surgical breast cancer patient is like and what a good educational video is like. The result is a compact educational video to support studying surgical nursing. The video can be utilized as lecture material as well as in self study. Videos have been proofed to be a very effective tool in learning.

The most common cancer among women in Finland is breast cancer and every ninth women falls ill with it. It is very important for a nurse to understand the care chain of a surgical breast cancer patient, as breast cancer is usually started to treat with surgery. The knowledge of the care chain guarantees the patient a fluent and safe treatment. In addition, the guidance both before and after the surgery has seen to promote a faster recovery. Especially the guidance given by nurses has been seen to be in an important role during the care chain. A further research topic for this thesis could be a survey of the fluency of the care chain of surgical patients.

Key words: surgical patient, breast cancer, treatment chain, educational video

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	8
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	9
4	KIRURGISEN POTILAAN HOITOPOLKU	10
5	RINTASYÖPÄ SAIRAUTENA	13
5.1	Yleistä rintasyövästä	13
5.2	Rintasyövän diagnosointi.....	13
5.3	Rintasyöpäpotilaan kirurginen hoito.....	14
6	PREOPERATIIVINEN HOITO.....	16
6.1	Hoitopolun preoperatiivinen vaihe	16
6.2	Esikäynti	17
6.3	Potilaan saapuminen sairaalaan	18
7	POSTOPERATIIVINEN HOITO	20
7.1	Hoitopolun postoperatiivinen vaihe.....	20
7.1.1	Vitaalielintoiminnot	21
7.1.2	Nestetasapaino.....	22
7.1.3	Kivun hoito	23
7.1.4	Haavan hoito	26
7.2	Kotiutuminen ja jatkohoito	27
8	OPETUSVIDEO	31
8.1	Video opetusmenetelmänä.....	31
8.2	Hyvä opetusvideo	32
8.3	Videon käsikirjoitus ja toteuttaminen	33
9	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	34
9.1	Tuotokseen painottuva opinnäytetyö	34
9.2	Opinnäytetyön toteuttamisprosessi	34
9.3	Opetusvideon toteuttamisprosessi.....	36
10	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	40
10.1	Eettisyys ja luotettavuus	40
10.2	Johtopäätökset ja kehittämissuhteet.....	41
10.3	Pohdinta	43
	LÄHTEET.....	45
	LIITTEET	50
	Liite 1. Videon käsikirjoitus	50

ERITYISSANASTO

Antiemboliasukka	Veritulppien ehkäisyyn tarkoitetut sukat
Dehydraatio	Elimistön kuivuminen
Dreeni/dreenieritys	Laskuputki, yleensä tilapäinen, jonka kautta veri ja kudosnestet poistuvat leikkausalueelta. Asennetaan leikkauksen yhteydessä.
Elektiivinen	Suunniteltu (Leikkaus)
Galaktografia	Rinnan maitotiehyeen röntgentutkimus
Happisaturaatio	Happikyllästeisyys
Hengitysfrekvenssi	Hengityksen tiheys
Hypovolemia	Tila, jossa elimistössä kiertävän veren tai kokonaisnestetilavuuden määrä on vähentynyt
Inspektio	Tarkastelu (silmin)
Intubointi	Toimenpide, jossa tajuttomalle/nukutetulle potilaalle asetetaan intubaatioputki henkitorveen. Tarkoituksena turvata potilaan hapensaanti.
Intraoperatiivinen	Leikkaussalissa tapahtuva hoitotyö
Keuhkoembolia	Keuhkoveritulppa
Onkologi	Syöpätauteihin erikoistunut lääkäri
Paksuneulanäytteen histologinen tutkimus	Rintakudoksesta neulalla otettava kudosnäyte, joka tutkitaan
Palpaatio	Käsin tunnustelu
Patologi	Patologiseen alaan erikoistunut lääkäri; tutkii kudos- ja solunäytteitä sekä tekee lääketieteellisiä ruumiinavauksia
Perioperatiivinen	Käsittää pre-, intra-, ja postoperatiivisen hoitotyön vaiheet
Postoperatiivinen	Leikkauksen jälkeen tapahtuva hoitotyö
Preoperatiivinen	Ennen leikkausta toteutettava hoitotyö
Radiologi	Lääketieteelliseen kuvantamiseen erikoistunut lääkäri
Suurennosmammografia	Rintarauhasen suurennus röntgen
Syanoosi	Ihon sinertävä väri
Tamk	Tampereen ammattikorkeakoulu
Tuntidiureesi	Virtsan määrä tunnin välein

1 JOHDANTO

Rintasyöpä on naisten yleisin syöpä Suomessa. Tilastojen mukaan noin joka yhdeksäs nainen sairastuu siihen. Suomessa todettiin vuonna 2014 noin 5 000 uutta rintasyöpätapausta. Taudin ilmaantuvuus on lisääntynyt Suomessa viime vuosikymmenten aikana. Tämän selittää muun muassa naisten eliniän nouseminen. (Huovinen 2016.) Lisäksi noin 5-10 % rintasyöpätapauksista voidaan pitää perinnöllisenä (Heikkilä 2012). Rintasyöpää esiintyy yleisimmin 45. ikävuoden jälkeen ja myös miehet voivat sairastua siihen, mutta sairastuminen on harvinaista. Suomessa miesten rintasyöpiä todetaan vuosittain noin 20–30 tapausta. (Huovinen 2016.) Rintasyöpään menehtyy vuositasolla noin 800 potilasta (Puistola 2011). Taudin ennuste on kuitenkin parantunut lähivuosikymmenien aikana varhaisen toteamisen sekä tehokkaampien hoitomuotojen johdosta (Vehmanen 2012).

Rintasyöpäpotilaan kirurginen hoitopolku voidaan jakaa kolmeen eri vaiheeseen, jotka ovat: 1) preoperatiivinen eli leikkausta edeltävä vaihe. Tämä vaihe alkaa siitä, kun potilaan kanssa on tehty leikkauspäätös. Vaihe käsittää leikkaukseen valmistautumisen kotona, osastolla, päivystysosastolla tai poliklinikalla. 2) Intraoperatiivinen eli leikkauksen aikainen vaihe alkaa, kun potilas saapuu leikkausosastolle. 3) Postoperatiivinen eli leikkauksen jälkeinen vaihe alkaa potilaan siirryttyä heräämöhön tarkkailtavaksi. Heräämöstä potilas siirtyy vuodeosastolle heti, kun anestesia lääkäri on antanut siirtoluvan. Hoito jatkuu osastolla elintoimintojen ja voinnin seuraamisella. Vuodeosastolta potilas pääsee kotiin tai jatkohoitoon toivuttuaan. (Ahonen ym. 2012, 99, 103–105.)

Tämä opinnäytetyö on suunnattu sairaanhoitajakoulutuksen opiskelijoille. Tarkoituksena on tuottaa Tampereen ammattikorkeakoulun keskivaiheen opiskelijoille opetusvideo kirurgisen potilaan hoitopolusta. Saimme rajata aiheen oman mielenkiintomme mukaan ja päädyimme rintasyöpäpotilaan näkökulmasta kertovaan hoitopolkuun. Näin ollen tässä opinnäytetyössä potilaasta puhuttaessa tarkoitetaan rintasyöpää sairastavaa henkilöä.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on lisätä TAMKin sairaanhoitajaopiskelijoiden tietämystä kirurgisen rintasyöpäpotilaan hoitopolun eri vaiheista, varsinkin sellaisille opiskelijoille, joilla ei ole ennestään tietämystä potilaan kirurgisesta hoitopolusta. Tässä opinnäytetyössä tulemme keskittymään elektiivisen hoidon preoperatiivisiin sekä postoperatiivisiin vaiheisiin, joka oli myös työelämäyhteistyökumppanimme toive.

Suuntaudumme sisätauti-kirurgiseen hoitotyöhön, joten opinnäytetyömme aihe on oleellinen tulevan ammattimme kannalta. Potilaan hoitopolun sujuvuus ja turvallisuus on tärkeä osa potilaan hyvää hoitoa. Hoitopolun aikana useat eri ammattiryhmät osallistuvat hoitoon ja tekevät yhteistyötä keskenään. Tämä opinnäytetyö antaa meille valmiuksia tulevaisuudessa toimia hoitajan roolissa potilaan hoitopolun eri vaiheissa. Lisäksi opinnäytetyö prosessina tukee oppimistamme ja antaa vankkaa pohjaa tulevina sairaanhoitajina etsiä uutta tietoa luotettavista lähteistä.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa Tampereen ammattikorkeakoulun keskivaiheen opiskelijoille opetusvideo kirurgisen potilaan hoitopolusta.

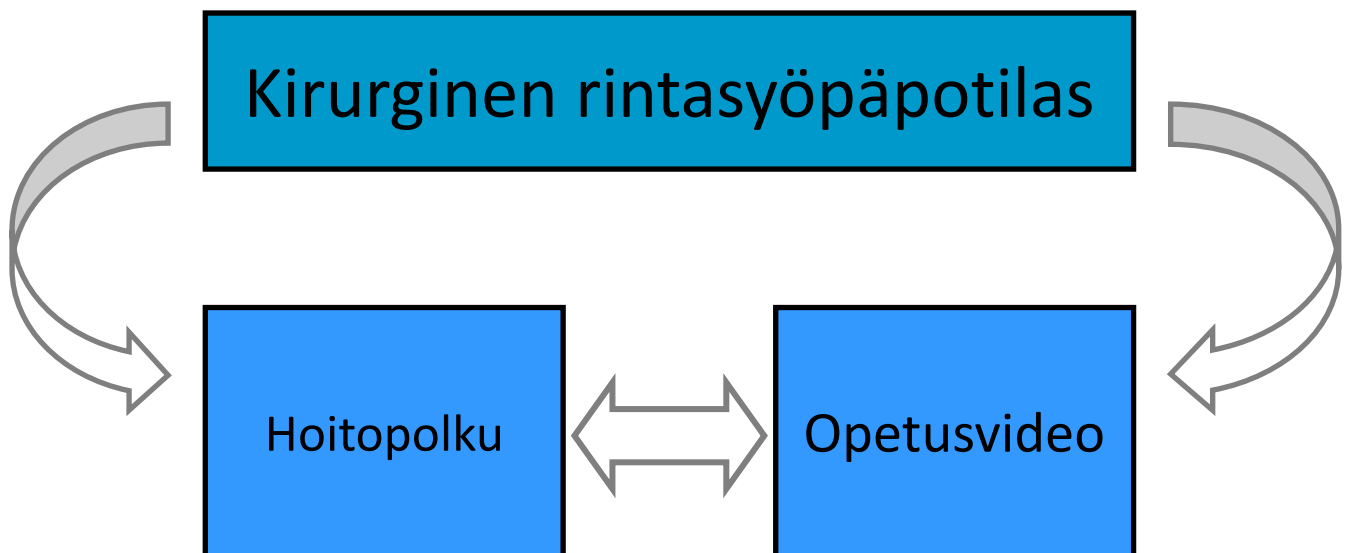
Opinnäytetyön tehtävinä on vastata seuraaviin kysymyksiin:

1. Millainen on kirurgisen rintasyöpäpotilaan hoitopolku?
2. Minkälainen on hyvä opetusvideo?

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä TAMKin sairaanhoitajaopiskelijoiden tietoa kirurgisen rintasyöpäpotilaan hoitopolun eri vaiheista, varsinkin sellaisille opiskelijoille joilla ei ole ennestään käsitystä tai tietämystä potilaan kirurgisesta hoitopolusta. Tämän opinnäytetyön tuotoksena syntyy tiivis opetusvideo.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tämän opinnäytetyön keskeisimmät käsitteet ovat kirurginen rintasyöpäpotilas, hoitopolku sekä opetusvideo (kuvio 1). Pääkäsitteenä työssämme on kirurginen rintasyöpäpotilas, jonka kautta pääsemme käsittelemään hoitopolun eri vaiheita. Opinnäytetyömme on tuotokseen painottuva ja lopputuloksena syntyy tiivis opetusvideo. Käytimme tiedonhaussa muun muassa seuraavia tietokantoja: Medic, Finna, Google scholar, Cinahl ja PubMed. Tiedonhakua teimme sanoilla; kirurginen rintasyöpäpotilas, rintasyöpä, hoitopolku, opetusvideo sekä kansainvälisillä hakusanoilla: breast cancer, cancer mammae, breast neoplasms ja treatment chain.



KUVIO 1. Teoreettinen viitekehys kirurgisen rintasyöpäpotilaan hoitopolusta

4 KIRURGISEN POTILAAN HOITOPOLKU

Suomessa toteutuu vuositason tarkasteltuna reilu 350 000 erilaista elektiivistä leikkausta (Koivusipilä, Tarnanen, Jalonen & Mattila 2015). Kirurgiseksi potilaaksi voidaan nimittää henkilöä, jolle on tehty leikkauspäätös (Ahonen ym. 2012, 99). Kirurgisen potilaan hoitopolku alkaa, kun potilas hakeutuu vaivan takia terveydenhuollon piiriin. Lääkäri toteaa vaivan terveystieteessä ja potilas saa lähetteen erikoissairaanhoidon lisätutkimuksiin, jossa lääkäri tekee leikkauspäätöksen. Leikkauspäätöksen jälkeen virallinen kirurginen hoitopolku alkaa. Vaiva voi vaatia äkillistä leikkausta tai se voidaan määritellä ei-kiireelliseksi ja näin ollen potilas laitetaan leikkausjonoon. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2013, 19–20, 23–25.) Sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee, että potilaan tulee saada hoidon tarpeen arviointi kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut ja tarvittavat tutkimukset kolmen kuukauden aikana hoitoon hakeutumisesta. Mikäli potilas tarvitsee toimenpiteen, tulee se suorittaa 6 kuukauden kuluessa, kun hoidon tarve on arvioitu. (Sosiaali – ja terveysministeriö, n.d.)

Ahonen (2012, 99) kertoo kirurgisen potilaan hoitopolkuun kuuluvan kolme eri vaihetta, jotka yhdessä muodostavat kokonaisuuden. Näissä vaiheissa tärkeää on potilaslähtöisyys, yksilöllisyys, eheyden kunnioittaminen sekä turvallinen vuorovaikutus. Hoidon jatkuvuutta ei pidä myöskään unohtaa. Jatkuvuus pitää sisällään tiedon kulun, hoitotulosten seurannan ja toipumisen. Tärkeää on myös potilaan ja hänen läheistensä huomioiminen sekä ohjaus. (Ahonen ym. 2012, 100.) Nämä kirurgisen hoitopolun vaiheet ovat:

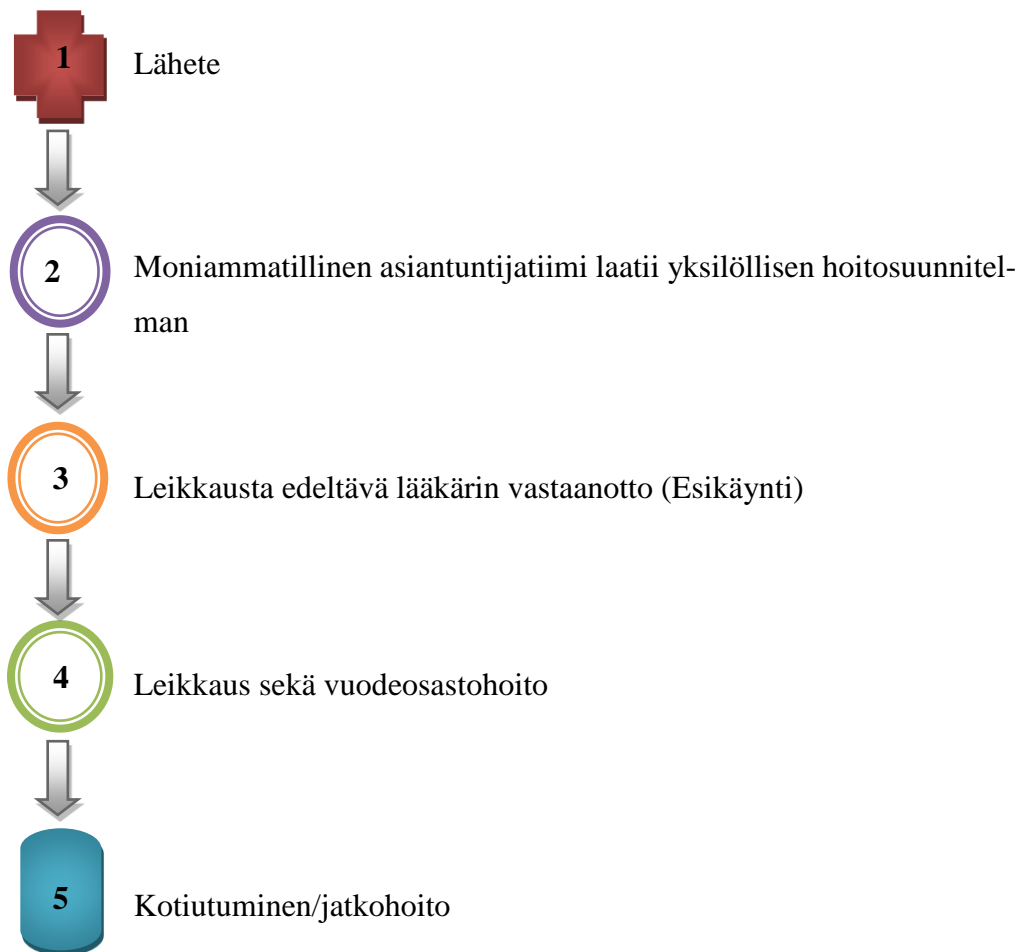
- 1) Preoperatiivinen eli leikkausta edeltävä vaihe
- 2) Intraoperatiivinen eli leikkauksen aikainen vaihe
- 3) Postoperatiivinen eli leikkauksen jälkeinen vaihe

Preoperatiivinen vaihe alkaa, kun potilaan kanssa on tehty leikkauspäätös. Tämä vaihe käsittää leikkaukseen valmistautumisen kotona, osastolla, päivystysosastolla tai poliklinikalla. Tavoitteena on, että potilaan yleiskunto ja perussairaudet ovat hyvässä hoitotasapainossa ennen leikkausta. (Ahonen ym. 2012, 99, 100.) Potilaan olisi hyvä aloittaa mahdolliset elämäntapamuutokset heti leikkauspäätöksen saatuaan (Koivusipilä ym. 2015). Preoperatiivisessa vaiheessa anestesia- ja lääkäri arvioi leikkauksen kelpoisuuden, sekä potilaalle tehdään tulohaastattelu (Ahonen ym. 2012, 99, 100).

Intraoperatiivinen vaihe puolestaan alkaa potilaan saapuessa leikkausosastolle. Tässä vaiheessa tärkeää on sairaanhoitajan antama huolellinen raportti potilaasta leikkaussalin hoitajalle. Intraoperatiivinen hoitotyö on moniammatillista, intensiivistä ja systemaattista. Työryhmään kuuluvat kirurgi, anestesia lääkäri, anestesiahoitaja, instrumentoiva sairaanhoitaja sekä valvova sairaanhoitaja. Viimeinen, postoperatiivinen vaihe luetaan alkavaksi, kun potilas on siirretty heräämööseen tarkkailtavaksi. Sairaanhoitaja antaa tässä vaiheessa jälleen raportin potilaasta. Heräämöstä potilas siirtyy vuodeosastolle heti, kun anestesia lääkäri on antanut siirtoluvan. Hoito jatkuu osastolla elintoimintojen ja voinnin seuraamisella. Vuodeosastolta potilas pääsee kotiin tai jatkohoitoon toivuttuaan, jolloin postoperatiivinen vaihe päättyy sairaalassa. (Ahonen ym. 2012, 103–105.)

Perioperatiivisessa hoitopolussa tärkeää on hoidon jatkuvuus, jotta potilaan turvallisuus ja hoidonlaatu säilyvät. Potilasta ja hänen omaisiaan tulee myös ohjata ja huomioida. On voitu osoittaa, että näillä keinoilla voidaan edistää potilaan toipumista. Lisäksi potilaat, jotka ovat saaneet riittävän ohjauksen ennen leikkausta, pelkäävät vähemmän leikkaukseen tulemistä ja kotiutuvat keskimääräistä nopeammin. (Ahonen ym. 2012, 99–100.)

Tampereen yliopistollinen sairaala on laatinut rintasyöpäpotilaille tarkoitetun hoitopolun. (kuvio 2.) Lähetteen saapumisen ja diagnoosin teon jälkeen koolle kutsutaan moniammatillinen asiantuntijatiimi, joka käy lähetteen läpi rintasyöpä-meetingissä. Tähän osallistuvat syöpätautien erikoislääkäri, rintasyöpäkirurgi, plastiikkakirurgi, patologi sekä radiologi. Palaverissa potilaalle tehdään yksilöllinen hoitosuositus leikkausta varten. (Tays 2016.)



KUVIO 2. TAYS-Rintasyöpäpotilaan hoitopolku

Ennen leikkausta potilas käy esikäynnillä, jossa hän tapaa leikkaavan kirurgin sekä rintasyöpähoitajan. Tässä vaiheessa kirurgi vielä tutkii potilaan rinnat sekä luo leikkaussuunnitelman. Suunnitelma tehdään yhdessä potilaan kanssa, jossa huomioidaan aikaisemmassa moniammatillisessa palaverissa tehty yksilöllinen hoitosuunnitelma. Lisäksi hoitaja antaa ohjausta ja keskustelee tulevasta leikkauksesta potilaan kanssa. Mikäli potilaalle tehdään rinnan osapoisto ja kainalon vartijaimusolmuketutkimus, pystyy potilas kotiutumaan jo toimenpidepäivän iltana. Muussa tapauksessa kotiutuminen tapahtuu seuraavana päivänä. (Tays 2016.)

5 RINTASYÖPÄ SAIRAUTENA

5.1 Yleistä rintasyövästä

Suomessa naisten yleisin syöpä on rintasyöpä. Vuonna 2014 uusia tapauksia todettiin noin 5 000. (Huovinen 2016.) Rintasyöpään sairastuu suomalaisista naisista noin joka yhdeksäs (Joensuu 2013). Rintasyöpää voi esiintyä myös miehillä, mutta se on harvinaisempaa (Vehmanen 2012). Taudin esiintyminen kasvaa merkittävästi 45. ikävuoden jälkeen, mutta eniten tapauksia todetaan kuitenkin noin 60-vuotiailla naisilla. Rintasyövän esiintyvyys on kasvanut viimeisten vuosikymmenien aikana. (Heikkilä 2012.) Tämä selittyy osin naisten eliniän kasvamisella (Huovinen 2016).

Rintasyövän synnystä ei ole toistaiseksi varmaa tietoa, mutta joitakin riskitekijöitä on löydetty. Varhainen kuukautisten alkamisikä sekä myöhään alkaneet vaihdevuodet voivat lisätä riskiä rintasyöpään sairastumiselle. On myös monia muita esitettyjä riskitekijöitä, kuten ionisoiva säteily, ylipaino, runsas alkoholinkäyttö, tupakointi, pitkäaikainen hormonikorvaushoito, lapsettomuus sekä ensimmäinen synnytys yli 30-vuotiaana. (Huovinen 2016.) Tämän lisäksi on todettu, että osa rintasyöivistä voi johtua perinnöllisestä syöpäpäältiudesta. Tähän on riski, jos monella lähisukulaisella on ollut rinta- tai munasarjasyöpä ja siihen on sairastuttu nuorella iällä. (Vehmanen 2012.) Heikkilän (2012) ja Huovisen (2016) mukaan rintasyöpätapauksista 5-10 %:a voidaan pitää perinnöllisenä.

Tyypillisin rintasyövän oire on oireeton kyhmy rinnassa, jonka vuoksi potilas hakeutuu hoitoon. Muita oireita voivat olla kyhmy kainalossa, erite nännistä, ihon tai nännin sisäänvetäytyminen sekä kipu tai pistely ja painon tunne rinnassa. (Huovinen 2016.) Vehmanen (2012) painottaa myös, että rintasyöpä voi olla täysin oireetonkin, jolloin se voidaan todeta mammografiassa seulonnan yhteydessä. Seulontojen tarkoituksena on löytää mahdollinen syöpä sen ollessa varhaisvaiheessa.

5.2 Rintasyövän diagnosointi

Rintasyövän diagnosointi perustuu rinnan inspektioon ja palpatioon. Näiden jälkeen lääkäri määrää kuvantamistutkimuksen, joista tyypillisin on mammografia. Lisäksi tehdään

paksuneulanäytteen histologinen tutkimus. (Huovinen 2016.) Näitä toimenpiteitä kutsutaan kolmoisdiagnostiikaksi. Mikäli joku kolmoisdiagnostiikan osista antaa viitteitä pahanlaatuisesta kasvaimesta, turvaudutaan kirurgiseen toimenpiteeseen muutoksen poistamiseksi. Muutosta voidaan jäädä seuraamaan, jos jokainen kolmoisdiagnostiikan osa viittaa hyvänlaatuiseseen muutokseen. (Sudah 2013.) Tarvittaessa voidaan tehdä muita täydentäviä tutkimuksia, kuten ultraäänitutkimus, suurennosmammografia, galaktografia sekä magneettikuvaus. Rintasyövän diagnostiikassa käytetään myös erilaisia laboratoriotutkimuksia, mikäli muista kuvantamistutkimuksista ei ole apua diagnoosin saamisessa. Ennen kuin potilas saa lähetteen erikoissairaanhoidon on hänellä oltava lääkärin varmistama syöpädiagnoosi. (Huovinen 2016.)

Terveysten- ja hyvinvointilaitoksen (2014) mukaan jopa 90 % rintasyöpään sairastuneista potilaista on elossa viiden vuoden kuluttua diagnoosin saamisesta (THL 2014). Hoitotapojen sekä syövän varhaisemman löytämisen myötä rintasyövän ennuste on parantunut kaiken aikaa. Myös muihin syöpätauteihin verrattuna paranemisennuste näyttääkin jo todella hyvältä. (Vehmanen 2012.) Suomessa on todettu ajanjakson 2010–2014 aikana uusia rintasyöpiä miehillä 25 ja naisilla 4564. Diagnosoitujen rintasyöpien osuus kaikista syöivistä miehillä on 0,2 % ja naisilla 30,5 %. Tilastojen mukaan 2010–2014 aikana rintasyöpäkuolemia on todettu suomessa miehillä 3 ja naisilla 859. (Suomen syöpärekisteri. Nordcan.)

5.3 Rintasyöpäpotilaan kirurginen hoito

Rintasyöpää hoidetaan usein leikkauksella, jonka tarkoituksena on saada syöpäkudos pois rinnan ja joskus myös kainalon alueelta. Kainaloiden imusolmukkeet tuleekin tutkia muiden tutkimusten ohella, sillä rintasyöpä leviää usein imuteitä pitkin kasvaimen viereiseen kainaloon. (Joensuu & Rosenberg-Ryhänen 2014.) Leikkauksen päämääränä on syöpäkudoksen poistamisen ohella myös kasvaimen uusiutumisen minimointi sekä taudin laajuuden ja levinneisyyden selvittäminen (Jahkola, Joukainen & Leidenius 2013). Rintasyövän hoito suunnitellaan aina yksilöllisessä moniala-yhteistyössä, johon kuuluu kirurgi, onkologi, patologi ja radiologi. Potilaan mielipide tulee aina huomioida hoidon suunnittelussa. (Hammar 2011, 210.)

Kirurgi keskustelee potilaan kanssa ennen hoitopäätöksen tekoa erilaisista leikkausvaihtoehtoista (Joensuu & Rosenberg-Ryhänen 2014). Potilaan oman mielipiteen lisäksi leikkausmuotoon vaikuttavat syövän sijainti, laatu sekä koko (Vehmanen 2012). Leikkaus pyritään aina tekemään niin, ettei uusintaleikkausta tai korjausleikkausta tarvitse tehdä. Lisäksi tavoitellaan niin hyvää toiminnallista ja kosmeettista tulosta kuin on mahdollista. (Jahkola ym. 2013.) Pääsääntöisesti leikkaus pyritään toteuttamaan aina rintaa säästävästi, mikäli potilas niin toivoo ja se on mahdollista riittävän terveen marginaalin ansiosta (Huovinen 2009). Oheisessa taulukossa (taulukko 1.) lueteltuna muut esteet rintaa säästävälle leikkaukselle. Puistola (2011) mainitsee, että rintaa säästävää leikkausta pystytään tarjoamaan noin puolelle rintasyöpäpotilaista. Säästävän leikkauksen jälkeen potilaalle annetaan sädehoitoa (Heikkilä 2012). Vehmanen (2012) lisää, että säästävä leikkaus yhdessä sädehoidon kanssa on yhtä turvallinen vaihtoehto kuin koko rinnan poistava leikkaus.

TAULUKKO 1 Säästävän rintaleikkauksen esteet

Tauti liian laaja rinnan kokoon suhteutettuna → kosmeettinen lopputulos kärsisi liikaa
Leikkausmarginaali ei ole riittävä
Tauti yltää usealle eri lohkolle / on laajalti levinnyt
Sädehoitoa ei pystytty toteuttamaan toimenpiteen jälkeen
Aiemmin tehty sädehoito
Potilas on raskaana ensimmäisellä tai toisella kolmanneksella
Potilaan omat mielipiteet → esim. haluttomuus sädehoitoon
Sidekudossairaus

Ennen toimenpidettä potilas voi saada sädehoitoa, jonka tavoitteena on pienentää kasvaimen kokoa. Rintasyöpäleikkauksen jälkeen ilmenee yleensä välittömiä oireita, joista tyyppisin on serooma eli kudosnesteiden kertyminen leikkausalueelle. Lisäksi potilaalla saattaa esiintyä kiristysten tunnetta olkavarressa, joka usein on kainaloiden pinnallisten laskimoiden aiheuttama. (Huovinen 2009.)

6 PREOPERATIIVINEN HOITO

6.1 Hoitopolun preoperatiivinen vaihe

Hoitopolun preoperatiivisessa vaiheessa potilas valmistautuu leikkaukseen. Lääkäri käy potilaan kanssa läpi tulevaan leikkaukseen liittyvät riskit sekä selvittää potilaalle, kuinka kauan toipuminen kestää. Lääkäri arvioi samalla myös potilaan anestesiakelpoisuutta leikkauksessa. (Bachmann, Hersio ja Pere 2017.) Ennen leikkausta lääkäri tekee arvion potilaan leikkauksekelpoisuudesta. Tämä on tarpeellista, jotta potilaan leikkaus pystytään toteuttamaan mahdollisimman vähin riskin. Potilaan arvioinnissa huomiota kiinnitetään muun muassa potilaan perussairauksiin ja elintapoihin. Kun mahdolliset riskit on tunnistettu ajoissa, pystytään potilasta ohjaamaan esimerkiksi liikunnan lisäämiseen, päihteistä vieroittautumiseen tai tarvittaviin lisätutkimuksiin. (Koivusipilä ym. 2015.)

Saarela (2013, 8) Selvittää tutkimuksessaan, että potilaalla on oikeus saada riittävästi tietoa hoidon merkityksestä sekä erilaisista hoitovaihtoehdoista. Potilaan tulee ymmärtää hänelle annetut ohjeistukset. Asiantuntijasairaanhoidajien mukaan potilaan preoperatiivisen ohjauksen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä olivat muun muassa ohjaajakohtaiset ominaisuudet, tiedollinen valmius, työkokemus, perhekeskeisen ohjauksen huomioiminen sekä hoitajan motivaatio (Saarela 2013, 34).

Preoperatiivisessa vaiheessa korostuu leikkaukseen valmistautuminen ja siihen ohjaaminen. Lisäksi arvioidaan leikkauksen riskit. (Bachmann, Hersio ja Pere 2017.) Saarela (2013, 29) summaa Pro gradu – tutkielmassaan huolellisesti toteutetun ohjauksen parantavan huomattavasti potilaan leikkauksekelpoisuutta. Tutkimustuloksista selviää, etteivät toimenpiteet olleet sujuneet halutulla tavalla niiden potilaiden kohdalla, jotka olivat jääneet ilman preoperatiivista ohjausta. Hyvä ohjaus on vaikuttanut hoitoaikojen lyhenemiseen ja lisäksi potilaat saavat jo hoidon alussa valmiuksia itsehoitoon.

6.2 Esikäynti

Potilas saa ajan esikäynnille noin viikkoa ennen toimenpidettä. Esikäynnillä on tarkoitus selvittää, millainen tuleva toimenpide on sekä ohjeistetaan potilasta valmistautumaan leikkaukseen. Esikäynnillä potilaan on mahdollista tavata sairaanhoitajan lisäksi fysioterapeutti, anestesia lääkäri ja toimeenpiteen suorittava kirurgi. (Tampere.fi) Sairaanhoitajan vastaanotolla potilas saa tietoa leikkauksen aikaisesta nukutuksesta ja laboratoriokokeiden tulokset katsotaan. Tarvittaessa voidaan pyytää lisätutkimuksia, mikäli anestesia lääkäri niin haluaa. Potilaan esitiedot tarkistetaan ja verenpaine kontrolloidaan. Esikäynnin yhteydessä potilas saa myös ajan tulevaan leikkaukseen (Hus n.d). Saarela (2013, 38) toteaa tutkielmassaan potilaiden ymmärtävän paremmin sairaanhoitajien antamaa ohjausta, verrattuna lääkäreiden antamiin ohjauksiin. Tämän lisäksi potilaat pystyvät rentoutumaan ja kertomaan henkilökohtaisistakin asioista helpommin sairaanhoitajille, kuin lääkäreille. Tämä korostaa hoitajan ohjauksen tärkeyttä esikäynnin yhteydessä.

Ennen leikkausta potilaan on tärkeää saada mahdolliset perussairaudet hyvään hoitotasapainoon. Näin vältetään leikkauksen aikana komplikaatioilta, jotka johtuvat perussairauksien huonosta hoitotasapainosta. Potilasta ohjeistetaan olemaan tupakoimatta 4-8 viikkoa ennen leikkausta. Tämä perustellaan sillä, että se vaikuttaa merkittävästi haavan paranemiseen. (Terveyskirjasto 2015.) Hammar (2011, 14) muistuttaa, että varsinkin syöpäpotilaiden kohdalla on erityisen tärkeää saada heidän ravitsemustilansa tasapainoon ennen tulevaa toimenpidettä. Lisäksi potilaalta tarkistetaan hampaiden kunto. Rikkinäiset hampaat ovat infektioriski ja mahdolliset tekohampaat voivat lähteä irti intuboinnin yhteydessä, tai ne voivat tukkia ilmatiet kesken toimeenpiteen. (Smeltzer, Bare, Hinkle & Cheever 2010, 428–429.)

Potilaalle kerrotaan hengityksen tehostamisen harjoitukset, joita tehdään leikkauksen jälkeen. Leikkauksen jälkeen potilas voi tehostaa hengittämistä PEP-puhalluksilla (Positive Expiratory Pressure), syvään hengityksellä ja yskäisemällä. Verenkierron tehostamisesta mainitaan myös potilaalle. Tämä tarkoittaa leikkauksen jälkeistä laskimoverenkierron ylläpitoa, esimerkiksi nilkkoja koukistamalla ja ojentamalla. Vuoteesta nousemista sekä vuoteeseen laskeutumista on myös hyvä opettaa potilaalle ennen leikkausta, sillä leikkauksen jälkeisten kipujen kanssa se on hankalaa. Periaate on, että potilaan tulee lähteä liikkeelle niin pian kuin vointi sen sallii. Suolen tyhjentäminen tapahtuu pääasiassa vain ruoansulatuskanavan leikkauksiin menevillä, mutta se on suositeltavaa myös sellaisilla

potilailla, joilla vatsa toimii päivittäin muutenkin huonosti. Heidän kohdallaan olisi hyvä tehdä peräruiskeella peräsuolen tyhjennys leikkausta edeltävänä iltana. (Anttila ym. 2014, 90–92, 94.) Ravinnotta olo ennen leikkausta selvitetään potilaalle huolellisesti. Ennen leikkausta tehty paastoaminen ehkäisee leikkauksen aikaista aspiraation riskiä. (Smeltzer ym. 2010, 437.) Yleinen ohje on, että kiinteän ruuan nauttiminen täytyy lopettaa kuusi tuntia ennen leikkausta. Nesteiden juomisessa tulee noudattaa lääkärin antamia yksilöllisiä ohjeita. (Koivusipilä ym. 2015.)

6.3 Potilaan saapuminen sairaalaan

Vuodeosastolla tapahtuu välitön leikkaukseen valmistautuminen, jota ennen potilas on valmistautunut kotona parhaalla mahdollisella tavalla. Potilaan vastaanottaa osastolla hänen omahoitajansa, joka esittelee osaston tilat ja säännöt. Omahoitaja ottaa puheeksi jo ennen leikkausta jatkohoidon ja kotihoito-ohjeet. Sairaanhoitaja selvittää potilaalta sillä hetkellä hänen käytössä olevat lääkkeet. On tärkeää, että potilas osallistuu itse leikkausvalmisteluihin ja suhtautuu myönteisesti toimenpiteen jälkeiseen kuntoutukseen. (Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2010, 469–470.)

Saapuminen vuodeosastolle tapahtuu joko leikkauspäivän aamuna tai sitä edeltävänä iltana. Mikäli potilas saapuu osastolle leikkausta edeltävänä iltana, ohjeistaa sairaanhoitaja hänet käymään suihkussa osastolla. Osastolla potilaalle annetaan puhtaat potilasvaatteet. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2008, 63–64.) Juuri ennen toimenpiteeseen siirtymistä potilasta ohjataan riisumaan kellot ja korut pois. Silmälasit ja kuulolaite on myös hyvä jättää osastolle, mutta mikäli potilas ei pärjää ilman niitä, voi hän ottaa ne mukaan leikkaussaliin. (PPSHP 2017.) Leikkaukseen potilas menee avopaidassa ja antiemboliasukissa, jotka hän vaihtaa juuri ennen leikkausosastolle siirtymistä (Iivanainen ym. 2010, 475).

Holmia ym. (2008, 62) muistuttaa tukosten ja keuhkoembolian riskistä, joita voidaan pienentää antiemboliasukilla. Potilaan leikkausalueen ihon kunto tarkistetaan, sillä huonokuntoinen iho vaikuttaa tulehdusriskiin. Mikäli potilas on saapunut osastolle leikkausta edeltävänä iltana ja toivoo unilääkettä, voi lääkäri sen tarvittaessa määrätä. Lisäksi ennaltaehkäisevä mikrobilääkitys ja pienimolekyylinen hepariini saatetaan tarvittaessa antaa

potilaalle. Osastolla täytetään potilaan anestesiaalomaketta ennen leikkausta, johon kirjataan vitaalielintoiminnot eli happisaturaatio, verenpaine, pulssi ja lämpö. Potilaalta tulee vielä tässä vaiheessa varmistaa hänen ravinnotta olostaan, sillä vatsalaukun sisältö lisää riskiä aspiraatioon intubointivaiheessa. Anestesiaalomakkeeseen täytetään lisäksi laboratorioarvoja, kuten veriryhmä, hemoglobiini, verensokeri, kalium ja natrium. (Holmia ym. 2008, 63–64.)

Potilaan tunnistaminen tapahtuu tunnistusrannekkeen kiinnittämällä potilaan ranteeseen. Rannekkeesta selviää potilaan nimi, syntymäaika sekä vuodeosaston numero. (Iivanainen ym. 2010, 478.) Holmia ym. (2008, 63–64) mainitsee, että potilas saa osastolla ennen leikkausta esilääkkeet, joiden ajankohdan ja määrän päättää anestesia lääkäri. Esilääkkeen nimi, määrä ja antamisen ajankohta tulee myös kirjata anestesiakaavakkeelle. PPSHP (2017) kertoo potilaille annettavissa ohjeistuksissa, että esilääkkeiden on tarkoitus rentouttaa potilasta ja lievittää kipua leikkaukseen valmistautuessa. Esilääkkeinä käytetään rauhoittavia-, kipu- sekä pahoinvointilääkkeitä (Saano & Taam-Ukkonen, 2014, 628). Ennen esilääkkeen antamista potilaan tulee käydä virtsalla. Sairaanhoidajan tehtäviin kuuluu vuodeosastolla myös verivarauksen tekeminen ennen leikkausta. Verivalmisteet tilataan verikeskuksesta ja samalla ilmoitetaan leikkauksen ajankohta. (Iivanainen ym. 2010, 472, 478.)

7 POSTOPERATIIVINEN HOITO

7.1 Hoitopolun postoperatiivinen vaihe

Leikkauksen jälkeen eli postoperatiivisen hoitotyön alkaessa heräämössä potilaan hoito ja seuranta jatkuvat. Heräämöhoitoon kuuluvat verenkierron, nestetasapainon, virtsanerityksen ja hengityksen seuranta. Muita tarkkailtavia asioita ovat tajunnantaso, leikkaushaava ja vuoto, potilaan lämpö, pahoinvointi ja kivut. (Lukkarinen ym. 2012, 7.) Ennen kuin potilas voidaan siirtää heräämöstä vuodeosastolle, täytyy potilaan voinnin olla suositusten mukainen. Anestesiaalääkäri antaa siirtoluvan vuodeosastolle heti, kun potilaan vointi sen sallii. Heräämön hoitajat antavat potilasta noutavalle sairaanhoitajalle raportin. (Ahonen ym. 2012, 105.) Oheisessa taulukossa (taulukko 2) esiteltynä raportin sisältö. Hyvällä ja kattavalla raportilla turvataan potilaan hoidon jatkuvuus (Lukkarinen ym. 2013, 29).

TAULUKKO 2 Potilasraportin sisältö heräämöstä osastolle siirtyessä

Potilaan henkilötiedot
Perussairaudet
Leikkausdiagnoosi sekä tehty toimenpide
Leikkauksen kulku
Nestehoidon suunnitelma
Haava-alueen kunto
Dreenieritys
Virtsaus ja virtsan määrät
Potilaan kivut ja kipulääkitys
Potilaan yleisvointi, mahdollinen pahoinvointi
Verikokeet
Vuodeosastolla toteutettava lääkehoito
Ohjeet peruselintoimintojen seuraamisesta
Potilaan ravinnotta olo ja ruokavalio osastolla

Ensimmäiset 24 tuntia leikkauksen jälkeen ovat potilaalle kriittisimmät, silloin potilasta tarkkaillaan tasaisin väliajoin. Potilashuoneessa tulee olla valmiina erilaiset seurantalaitteet, kuten verenpaine-, lämpö-, verensokeri- ja happisaturaatiomittari. Lisäksi valmiina tulee olla potilaalle raikasta vettä, suun kostuttamiseen tarkoitettuja tikkuja, imu- ja happilaite sekä lisäpeitto. (Erämies 2015.)

7.1.1 Vitaalielintoiminnot

Nukutetun potilaan saavuttua leikkaussalista heräämööseen, laitetaan hänelle ensin happimaski, jonka jälkeen voidaan asettaa muita mittaussaitteita. Lisähappi takaa riittävän happettumisen sekä nukutuksesta toipumisen. Potilaalla voi olla suussaanelutuubi leikkaussalista tullessa, joka voidaan poistaa potilaan herättyä. (Hakala 2012, 14.) Myös heireillä olevasta potilaasta seurataan hengitystä ja hengittämiseen annetaan tarvittaessa ohjausta (Holmia ym. 2008, 68–69). Hengityksen tulisi olla esteetöntä ja vaivatonta ennen potilaan siirtoa vuodeosastolle. Tämä tarkoittaa käytännössä, että potilaan happisaturaatio on lisähapen kanssa vähintään 95 % sekä hengitysfrekvenssi 9-20 kertaa minuutissa. (Lukkarinen ym. 2012, 11.) Syanoosi, levottomuus, nopea pulssi, verenpaineen kohoaminen, apulihasten käyttäminen hengittäessä, kuorsaava hengitys ja happiosapaineen lasku viittaavat hengitysvajeeseen (Holmia ym. 2008, 68–69). Jos potilaalla ilmenee hengitysongelmia, tulee aina ottaa yhteyttä anestesia lääkäriin (Hakala 2012, 16).

Potilaan verenpainetta seurataan heräämössä 15–30 minuutin välein ja saatuihin arvoihin on reagoitava, mikäli ne eivät ole viitearvoissa (Holmia ym. 2008, 68–69). Verenpainetta tulee verrata potilaan lähtötason paineisiin (Hakala 2012, 18). Tyypillinen löydös on liian alhainen verenpaine, joka voi johtua hypovolemiasta, vajaasta hengitystoiminnasta, lääkkeitä sekä lihasrelaksanteista. Hypovolemiata voidaan korjata verensiirrolla ja nestehoidolla. Löydöksenä voi olla myös liian korkea verenpaine, joka taas viittaa liialliseen hiilidioksidin kertymiseen elimistössä, kipuun tai potilaan verenpainetautiin. (Holmia ym. 2008, 68.) Keskiverenpaineen tulee olla 65-120 mmHg potilaan siirtyessä vuodeosastolle (Karma, Kinnunen, Palovaara & Perttunen 2016, 195).

Potilaan pulssi lyö yleensä tiuhaan leikkauksen jälkeen, noin 100krt/min, mutta se tasaantuu normaalisti melko nopeasti (Holmia ym. 2008, 68–69). Myös pulssia verrataan potilaan lähtötason pulssiin ja sen säännöllisyyttä tulee tarkkailla (Hakala 2012, 17). Mikäli

pulssi ei tasaannu voi potilaalla olla kovia kipuja, kuumetta, tuskaisuutta, hapenpuutetta tai hypovolemiaa (Holmia ym. 2008, 68–69). Potilaan pulssin tulee olla vuodeosastolle siirryttäessä noin 50-100krt/min välillä (Karma ym. 2016, 195).

Heräämössä lämpötasapainon seuraaminen kuuluu tärkeänä osana kirurgisen potilaan postoperatiivista hoitoa (Erämies 2015). Leikkauksesta tulleista potilaista 50–90% on alilämpöisiä. Alilämpöisyys voi johtaa moniin eri komplikaatioihin. On myös todettu, että potilaan ruumiinlämmön ollessa normaali toipuminen on nopeampaa. (Lukkarinen ym. 2012, 20.) Alilämpö johtuu pitkästä leikkauksesta ja nukutuksesta.

Vuodeosastolla potilaan lämpöä tulee seurata tilanteen ja tarpeen mukaan kerran päivässä tai useammin. Muistisääntö on, että lämpöä seurataan niin kauan, kunnes se on normaali. Tavallinen ruumiinlämpö on kainalosta mitattuna 35.5–37.5-astetta. Korvasta mitattuna normaaliksi ruumiinlämmöksi voidaan katsoa 36–38-astetta. Alilämpöä tulee hoitaa esimerkiksi avaruuslakanalla tai lämpöpuhallinpeitteellä. (Erämies 2015.) Lämpöä mitataan alilämpöisen potilaan kohdalla 15 minuutin välein, kunnes potilas on normaalilämpöinen (Lukkarinen ym. 2012, 20). Potilaalla voi esiintyä leikkauksen jälkeen myös ylilämpöä eli kuumetta, joka viittaa infektiin (Erämies 2015).

Heräämössä potilaan tajuntaa seurataan kiinnittämällä huomiota mielialaan, levottomuuteen ja mahdolliseen sekavuuteen. Hoitaja voi havainnoida potilaan tajunnantasoja esimerkiksi keskustelemalla hänen kanssaan. (Anttila ym. 2014, 102.) Nukutuksesta herääminen sekä toipuminen ovat aina yksilöllistä (Hakala 2012, 21). Potilaan tulee olla tajuisaan, kykeneväinen nostamaan päänsä tyynystään sekä olemaan aikaan ja paikkaan orientoitunut ennen siirtoa vuodeosastolle (Lukkarinen ym. 2012, 14).

7.1.2 Nestetasapaino

Ravitsemuksen ja nestetasapainon huolehtiminen on tärkeää kirurgisen potilaan hoidossa leikkauksen jälkeen. Mikäli nestetasapaino ei ole kunnossa, on se suuri riski potilaan tilan laskuun. Sairaanhoitajan tärkeä tehtävä on kiinnittää huomioita dehydraatioon, jonka merkkejä ovat jano, kouristukset, kuiva kieli, vähäiset virtsamäärät sekä verenpaineen lasku. Nestehoidon korvaus tehdään sellaisella nesteellä, joka vastaa eniten potilaan fysiologisesti menetettyä nestettä. (Ahonen ym. 2012, 107.) Nestehoidon määräyksen tekee lääkäri. Hoitajan tehtävänä on toteuttaa nestehoitoa ja annostella nesteytys potilaalle

säännöllisin väliajoin. (Anttila ym. 2014, 105.) Nestetasapainon tulee olla mahdollisimman lähellä leikkausta edeltäviä arvoja ennen vuodeosastolle siirtymistä (Karma ym. 2016, 195).

Sairaanhoitajan tulee kysyä potilaan pahoinvoinnista sekä kirjata oksennukset ja niiden määrät (Erämies 2015). Leikkauksen jälkeistä pahoinvointia voidaan estää kortikosteroideilla (Kontinen ja Hamunen 2015). Pahoinvointia alkaa ilmentyä yleensä kahden ensimmäisen tunnin aikana leikkauksen jälkeen ja pahoinvoinnin huippu ilmenee 7-8 tunnin jälkeen leikkauksesta (Erämies 2015). Heräämövaiheessa postoperatiivista pahoinvointia potee noin 25–30% potilaista. On myös todettu, että se on naisilla kaksi kertaa yleisempää kuin miehillä. (Lukkarinen ym. 2012, 23.) Potilas voi kokea enintään lievää pahoinvointia, jotta hän voi siirtyä vuodeosastolle (Karma ym. 2016, 196).

Lisäksi potilaalta tarkkaillaan ihon lämpöä, kosteutta ja väriä sekä virtsan määrää ja laatua. Jos virtsa on tumman väristä, kertoo se potilaan kuivumisesta. Mikäli edellisestä virtsaamisesta on kulunut yli kuusi tuntia tai potilaalla on virtsaamisen tarve, mutta hän ei pysty itse virtsaamaan kipulääkkeistä huolimatta, tulee potilas katetroida. (Ahonen ym. 2012, 106–109.) Potilaan ei välttämättä tarvitse saada virtsattua ennen siirtoa vuodeosastolle, mutta rakossa olevan virtsan määrä ja aiempi virtsaamisen ajankohta on tarkistettava heräämössä. Jos potilaalla on kestopkatetri, on virtsamäärä mitattava tunnin välein. Tuntidiuresin tulee olla 0,5-1 ml/kg. (Lukkarinen ym. 2012, 7, 10.)

7.1.3 Kivun hoito

Kipu on usein väistämätöntä leikkauksen jälkeen ja se voi huomiotta jätettäessä johtaa suuriin komplikaatioihin. Tästä syystä kipua ja sen laatua on tärkeää seurata ja hoitaa mahdollisimman nopeasti. (Lukkarinen ym. 2012, 25.) Kontisen & Hamusen (2015) mukaan käytetyt kivunlievitysmenetelmät, potilaan yksilölliset ominaisuudet ja kudosvaurion määrä vaikuttavat siihen, millaista kipua on toimenpiteen jälkeen. Pintaleikkauksissa, kuten rintarauhasen leikkauksen jälkeen, kipua on tavallisesti haavakipua. Tällöin tulehduskipulääkkeet voivat riittää kivun hallitsemisessa. Potilaan ominaisuuksilla viitataan ahdistukseen ja psyykkiseen rasittumiseen sekä leikkausta edeltävään kipuun ja kipulääkkeiden käyttämiseen. Potilaan iällä ja sukupuolella on myös merkitystä kivun tuntemisessa. (Kontinen & Hamunen 2014, 28–29.) Oheisessa taulukossa (taulukko 3.) esiteltynä

kivun hoidossa käytettäviä lääkkeitä. Mikäli kivun lievitykseen käytetään joitakin opioi-
dipohjaisia lääkeaineita, on syytä huomioida hengityslaman riski (Kontinen & Hamunen
2014, 28–29).

TAULUKKO 3 Lääkkeellinen kivunhoito

Lievä kipu	Kohtalainen kipu	Akuutti ki- vunhoito voi- makas kipu	Kova kipu
Tulehduskipulääk- keet	Heikot opioidit	Keskivahvat opioidit	Vahvat opioidit
<i>Esim.</i> <i>ibuprofeini</i> <i>asetyyilisalisyylihappo</i> <i>parasetamoli</i>	<i>Esim.</i> <i>kodeiini</i> <i>tramadoli</i> <i>ketoprofeini</i>	<i>Esim.</i> <i>buprenorfiini</i>	<i>Esim.</i> <i>morfiini</i> <i>oksikodoni</i> <i>fentanyyli</i>

Amerikkalainen tutkimus tuo esiin rintasyöpäleikattujen leikkauksen jälkeisen kivun ole-
van usein huomattavan voimakasta. Tehdyn tutkimuksen mukaan noin 54 % rintasyöpä-
leikatuista potilaista koki kivun merkittävän suureksi. Kipua mitattiin VAS-asteikolla nu-
meraalisesti nollasta kymmeneen. Kiputuntemus määriteltiin merkittäväksi, kun potilas
vastasi kivun olleen yli viisi. (Amaya ym. 2015.)

Toisessa amerikkalaisessa tutkimuksessa puolestaan tutkittiin rintasyöpäleikattujen poti-
laiden kivun tuntemusta kuukausia leikkauksen jälkeen. Tässä 2000-luvulla tehdyssä tut-
kimuksessa oli 300 osallistujaa. Tuloksissa selvisi, että noin 60 % rintasyöpäleikatuista
tunsi merkittävää kipua vielä kuuden kuukauden kuluttua leikkauksesta. Etenkin rinnan
kokopoiston potilaat kärsivät kroonisesta kivusta. Tutkimuksessa todettiin, että muita ris-
kitekijöitä rintaleikkauksen jälkeiselle pitkittyneelle kivulle olivat leikatun potilaan nuori
ikä sekä kainalon imusolmukkeiden poisto leikkauksessa ilman sädehoitoa. (Oliveira ym.
2014.)

Potilaan kipuihin tulee suhtautua aina huomioonottavasti. Potilaan kiputuntemuksia tulee seurata ja haastatella potilaalta hänen tuntemansa kivun voimakkuutta. Kivun arviointiin voidaan käyttää apuna erilaisia mitta-asteikkoja, esimerkiksi VAS-janaa (visual analogue scale) tai VRS-kipukasvoasteikkoa (verbal rating scale). Numeerista eli NRS-asteikkoa (numerical rating scale) voidaan käyttää VAS-janan ja VRS-asteikon lisäksi. (Ahonen ym. 2012, 110.) Usein kipu tuntuu voimakkaimmalta pian leikkauksen jälkeen, kun anestesia-lääkkeet eivät ole enää kipua lievittämässä (Hakala 2012, 25). Ennen kuin potilas voidaan siirtää osastolle, tulee kipujen olla hallinnassa potilaan hyväksymällä tasolla. Tämä tarkoittaa, että potilas voi kokea korkeintaan lievää kipua. (Lukkarinen ym. 2012, 25.)

Potilaan kipuja voidaan hallita monella eri tavalla. Lääkehoito on kuitenkin hyvin tavallista heti leikkauksen jälkeen. Kipulääke voidaan antaa suonensisäisesti, lihakseen tai suun kautta. (Ahonen ym. 2012, 110.) Anestesia-lääkäri tekee ohjeistuksen yksilöllisesti jokaiselle potilaalle leikkauksen kärsijälkeisestä kivunhoidon lääkityksestä. Jos määrätyt annokset eivät tunnu riittävältä, tulee sairaanhoitajan konsultoida hoitavaa anestesia-lääkäriä asiasta. (Hakala 2012, 27.)

Erämies (2015) muistuttaa, että potilaan kipuja voidaan hoitaa lääkehoidon lisäksi myös muilla keinoilla, kuten kylmähoidolla, joka perustuu hermojenjohtumisnopeuden alentamiseen. Hoidossa on tärkeää, että kylmää ei aseteta paljaalle iholle tai tunnottomalle iholle eikä alueelle jossa on heikko verenkierto. Kylmähoito toteutetaan 10–30 minuutin jaksoissa useamman kerran vuorokaudessa. Tämän hoidon etuina ovat edullisuus, tehokkuus ja turvallisuus (Hakala 2012, 33). Kivunhoidossa on myös tärkeää huomioida potilaan asento, sillä erilaisilla asennon vaihdoilla voidaan vaikuttaa kivun voimakkuuteen ja syntymiseen. Asennon muutoksella pyritään vähentämään kipureseptoreihin kohdistuvaa ärsytystä sekä kudosturvotusta. (Erämies 2015.)

Kivun hoito on eettisesti ja taloudellisesti tärkeää, sillä mikäli kipua ei hoideta riittävästi, lisää se komplikaatioiden riskiä ja kärsimystä sekä hidastaa toipumista. Potilaan toiveita kivun hoidon suhteen tulee kunnioittaa ja hänen odotuksensa kivun hoidosta ovat tärkeitä. (Kontinen & Hamunen 2014, 28–29.) Lisäksi on syytä muistaa, että kivun hoitoa tarvitsevat myös potilaat, jotka eivät itse kykene ilmaisemaan tuntemuksiaan, esimerkiksi intuboitu potilas. Tässä korostuu hoitajan sekä anestesiahenkilökunnan rooli kivun arvioin-

nin, hoidon toteutuksen sekä hoidon tehon arvioinnissa. (Lukkarinen ym. 2012, 25.) Potilaan kipua on arvioitava ennen kipulääkkeen antamista ja sen jälkeen. Näin voidaan seurata lääkehoidon tehoamista. (Kontinen & Hamunen 2015.)

7.1.4 Haavan hoito

Leikkaushaavan paranemiseen kuuluu kolme eri vaihetta, jotka ovat: tulehdus-, fibroplasia- ja kypsymisvaihe. Tulehdusvaihe alkaa heti haavan tekohetkellä hyytymistapahtumalla, koska kudoksen verenkiertoa on vaurioitettu. Tämä vaihe kestää noin parin päivän ajan. Fibroplasiavaiheessa puolestaan ihon epiteelikudokset alkavat korjaantua, eli iho rupeaa uudelleen muodostamaan itseään. Viimeisenä alkaa kypsymisvaihe, jossa ihon kudokset muuttuvat vähitellen arpikudokseksi ja iho saavuttaa lopullisen vetolujuutensa. Kypsymisvaihe voi kestää kuukausista vuosiin ja vaiheen loppupuolella ihoon muodostunut arpi alkaa vaalentua. (Roberts, Alhava, Höckerstedt & Leppäniemi 2010, 49–50.)

Roberts ym. (2010) mainitsee, että rintaleikkauksissa esiintyy haavaongelmia, jotka ovat tavallisia. Syy tälle ovat laajat leikkauspinnat ja leikkauksissa poistetut imusolmukkeet sekä leikkauksen kesto. Hän kertoo tutkimuksesta, jonka mukaan profylaktisen antibiootitihoon antaminen suonensisäisesti puoli tuntia ennen leikkausta pienentää leikkauksen jälkeisen haavan infektioriskiä. (Roberts ym. 2010, 794.)

Leikkaushaavan hoidossa tulee olla erityisen huolellinen 24 tuntia leikkauksen jälkeen. Tänä aikana haavaa hoidetaan steriilisti. (Forsström 2012.) On tärkeää seurata haava-alueen kipua, verenvuotoa ja dreenin erityksen määrää. Jatkuva verenvuoto on ongelma, josta tulee ilmoittaa leikkaukselle lääkärille. (Erämies 2015.) Mikäli haava vuotaa, on siihen syytä vaihtaa puhtaat steriilit suojalaput päälle. Sidokset voidaan poistaa vuorokauden kuluttua leikkauksesta ja haavalle laitetaan tämän jälkeen haavateippi, joka saa olla paikallaan noin viikon. (Forsström 2012.)

Rintaleikkauksessa haavaan asetetaan usein dreeni, joka poistetaan tavallisesti ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä, sillä se lisää haavan infektioriskiä. Dreenin poiston jälkeen dreenin jättämä aukko tulee suojata steriilillä paksulla imevällä sidoksella. (Erämies 2015.) Sidosta pidetään niin kauan kuin dreeniaukosta tulee vuotoa. Vuodon loputtua sidosta ei enää tarvita. (Tays 2015.) Potilas voi mennä suihkuun ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä. Haavan hankausta on kuitenkin vältettävä. Potilasta tulee ohjata haavan

hoidon ja tarkkailun suhteen ennen kotiutumista. Kirurgi valitsee haavalle sopivat ompeleet, jotka voivat olla sulavat tai sulamattomat. Sulamattomat ompeleet poistetaan poliklinikkakäynnillä tai terveyskeskuksessa sairaanhoitajan vastaanotolla. Sulamattomien ompeleiden kanssa potilaan pitää välttää saunassa ja uimassa käymistä. Vuorokauden kulluttua ompeleiden poistosta potilas voi elää normaalia elämää haava-alueen kanssa. (Forsström 2012.)

Haava-aluetta sekä kainalon ihoa on seurattava huolellisesti, sillä ne voivat infektoitua. Tyypillisiä haavainfektion merkkejä ovat punoitus, kuumotus, kipu, turvotus ja lämmön nousu. Hermojen vaurioitumiseen viittaa taas haava-alueen alentunut tunto. Verenvuotoa ja nestekertymää on syytä epäillä, jos haavalla esiintyy paineen tunnetta tai kipua. Uusi leikkaushoito on paikallaan, mikäli haavalle on kertynyt verenpurkauma. Jos toimenpiteessä on päädytty säästävään leikkaukseen eikä rinnan kokopoistoon, on syytä käyttää rintaliivejä ympäri vuorokauden ainakin kahden viikon ajan. Tämä vähentää kipua ja estää mustelmien muodostumista. (Forsström 2012.)

7.2 Kotiutuminen ja jatkohoito

Anestesia­lääkäri tai toimenpiteen tehnyt lääkäri tekee päätöksen potilaan kotiuttamisesta. Joissain tapauksissa myös sairaanhoitaja voi kotiuttaa potilaan, jos ennalta sovitut kotiuttamiskriteerit täyttyvät. (Rauta 2013.) Potilaan kotiuttamiskriteerit esiteltynä tarkemmin oheisessa taulukossa (taulukko 4). Säästävän rintaleikkauksen jälkeen potilas voi kotiutua voinnin salliessa jo leikkau­späivänä. Tässä tapauksessa potilaalla tulee olla aikuinen saat­taja, jonka pitää olla potilaan seurassa tulevan yön ajan. Muussa tapauksessa potilas on sairaalassa seuraavaan päivään. Potilas saa kotiutuessa puhelin­numeroita, joihin voi ottaa yhteyttä, mikäli joitakin ongelmia ilmaantuu. (Tays 2016.)

Ennen kotiutusta lääkäri sekä sairaanhoitaja keskustele­vat potilaan kanssa muun muassa hoidosta ja sen vaikutuksista, mahdollisista lisätutkimuksista ja jatkohoidon vaihtoehdoista. Kotiuttamisen yhteydessä hoitaja antaa toimenpiteen perusteella valitut kotihoito­ohjeet, sairauslomatodistuksen, tarvittavat reseptit sekä jälkitarkastusajan. Rintasyöpä­leikatun potilaan sairausloma kestää toimenpiteen laajuudesta riippuen noin 2-5 viikkoa. Hoitajan lisäksi osaston fysioterapeutti huolehtii potilaan liikkumisen ohjauksesta. (Hus n.d.)

TAULUKKO 4 Potilaan kotiuttamiskriteerit

Yleisesti hyväksytyt	<ul style="list-style-type: none"> • Vakaat vitalitoiminnot • Aikaan & paikkaan orientoituneisuus • Liikkuminen onnistuu • Enintään vähäistä pahoinvointisuutta/oksentelua • Kivut hallinnassa • Leikkausalueella ei vuotoja
Vaihtelevat	<ul style="list-style-type: none"> • Potilas saa virtsattua • Toimenpiteen alusta kulunut määrätty aika • Toimenpiteeseen kuuluvat yksilölliset ohjeet täyttyvät
Kiistanalainen	<ul style="list-style-type: none"> • Potilas pystyy nauttimaan nesteitä suun kautta. (Voi pahentaa pahoinvointia/oksentelua)
Sosiaalinen tilanne	<ul style="list-style-type: none"> • Aikuinen saattaja, joka on paikalla yön yli
Potilaalle on annettu	<ul style="list-style-type: none"> • Kotihoito-ohjeet suullisesti ja kirjallisesti • Tarvittavat lääkkeet • Yhteystiedot • Hoitoyhteenveto • Jatkohoito tiedot

Kotihoito-ohjeiden tulisi sisältää tietoa niin, että potilas pärjää hyvin kotona tarvittaessa läheisten tukemana. Potilaalta tulee aina varmistaa, että hän on vastaanottanut ja ymmärtänyt annetut ohjeet. Tarvittaessa potilaan omainen voi olla mukana kuuntelemissa jatkohoito-ohjeita. Ohjeet tulee aina antaa potilaalle mukaan myös kirjallisena. (Rauta 2013.) Palokosken (2007, 42) Pro gradu – tutkielmasta kirurgisen potilaan kotona selviytymisestä leikkauksen jälkeen selviää, että 103:sta tutkimukseen osallistuneesta vain kaksi potilasta oli jäänyt ilman kirjallisia kotihoito-ohjeita. Tätä osa-aluetta voidaan siis pitää yleisesti hyvin onnistuneena.

Ohjauksessa olennaista on, että potilas saa oikeaa tietoa oikeaan aikaan. Potilaan tulee olla riittävän toipunut anestesiasta ja hoitajan on hyvä istua samalla tasolla potilaan kanssa. Tarvittavat dokumentit ja materiaalit tulee kerätä valmiiksi, jotta ohjaus ei keskeytyisi tarpeettomasti (Hakala 2012, 59.) Palokosken (2007, 49) tutkimustuloksista käy ilmi potilaiden olleen melko tyytyväisiä saamansa ohjauksen ajankohtaan. Lisäksi potilaat tunsivat olonsa kuulluiksi ohjaustilanteessa.

Kylliäisen (2012, 41) Pro gradu -tutkielman mukaan potilaiden jatkohoidon tiedonsaannissa koettiin olevan merkittäviä eroja eri sairaaloiden välillä. Parhaiten tietoa jatkohoidostaan arvioivat saavansa Kuopion yliopistollisen sairaalan potilaat, jotka olivat vastaan neet saavansa tietoa 15–20% paremmin verrattuna muihin sairaaloihin. Tutkimuksesta kävi myös ilmi miesten olevan tyytyväisempiä saamaansa ohjaukseen kuin mitä naiset olivat. Tuloksista kuitenkin selvisi, että vuosien 2008 ja 2010 välillä oli tapahtunut parannusta tiedon saannin ja jatkohoidon ohjeistuksen hyväksi eri sairaaloissa.

Palokosken (2007, 42–43, 51) tutkielmassa puolestaan selviää, että potilaista 87 % koki selviytyneensä hyvin sairaalassa annetuilla jatkohoito-ohjeilla. Tutkimuksessa vain yhden potilaan tapauksessa selviytyminen kotona oli ollut huonoa annetuilla ohjeilla. Palokoski summaa potilaiden olleen parhaiten tiedollisia kotona ollessaan peseytymiseen liittyvistä asioista, kipulääkkeiden käytöstä sekä siitä, mitä tehdä, jos ilmenee joitakin ongelmia. Vähiten puolestaan potilaat kertoivat tietävänsä haavanhoidon tarkkailusta ja mahdollisista komplikaatioista. Tutkimuksessa korostui hoitajien antaman ohjauksen merkitys, joka oli sidoksissa potilaiden hyvään toipumiseen kotona leikkauksen jälkeen. (Palokoski 2007, 42–43, 51.)

Rintasyöpäleikkauksen jälkeiset liitännäishoidot, kuten sytostaatti- ja sädehoidot valitaan yksilöllisesti moniammatillisessa hoitotiimissä toimenpiteen jälkeen. Liitännäishoidot perustuvat tuoreisiin tutkimustietoihin sekä kansainvälisiin hoitosuosituksiin. (Tays 2016.) Esimerkiksi sädehoidon on todettu vähentävän syövän paikallista uusiutumista 65–75%, sekä vähentävän rintasyövän kuolleisuutta (Kouri & Sailas 2013, 34). Noin kuukauden kuluttua leikkauksesta potilas tapaa syöpälääkärin. Tapaamisella potilas kuulee patologin lausunnon sekä lääkäri kertoo moniammatillisen tiimin laatimasta liitännäishoitosuosituksista. Tarvittaessa potilaalle voidaan tehdä levinneisyystutkimuksia siltä varalta, ettei syöpäkudos ole levinnyt muualle elimistöön. Vastaanotolla lääkäri keskustelee

potilaan kanssa yleisesti rintasyövästä sekä uusiutumisen riskeistä ja liitännäishoitojen mahdollisista haittavaikutuksista. Potilas saa itse vaikuttaa päätökseen, mitä hoitoja ruvetaan toteuttamaan. Lopuksi potilas käy vielä sairaanhoitajan kanssa tarkoin läpi tulevia hoitoja ja niihin liittyviä mahdollisia sivuvaikutuksia. (Tays 2016.)

Taudin ennusteesta riippuen rintasyöpäpotilaita seurataan noin viiden vuoden ajan erikoissairaanhoidossa. Mikäli taudin ennuste on tarpeeksi hyvä, eikä liitännäishoitoja anneta, riittää kun potilas käy yhden kerran syöpälääkärin vastaanotolla. Lääkäri käy tilanteen läpi potilaan kanssa, sekä siirtää potilaan jatkohoidon seurannat perusterveydenhuollon puolelle. (Tays 2016.)

8 OPETUSVIDEO

8.1 Video opetusmenetelmänä

Sekä opiskelijat että opettajat ovat kiinnostuneet videoiden käytöstä osana oppimista (Viitanen, Harju, Niemi & Multisilta 2014, 188). Videoiden käyttö opetuksessa lisää opiskelijälähtöistä työskentelyä (Harju & Viitanen 2014, 214). Opiskelijoilla on mahdollisuus käyttää videoita oppimisen tukena sekä koulussa mutta myös vapaa-ajalla. Tämä helpottaa itseopiskelua ja omaan tahtiin asioiden läpikäymistä. (Lavonen, Korhonen, Kukkonen & Sormunen 2014, 97.) Opetushallitus (n.d.) toteaa videon tukevan hyvin opiskelijan syvällistä oppimisprosessia. He nostavat esille hyvin paikkansa pitävän sanonnan; ”kuva kertoo enemmän kuin tuhat sanaa.” Tätä tukee useat tutkimukset, joissa on todettu videon olevan erittäin tehokas apu opetusvälineenä ja itse oppimisessa (Brame 2015).

Ahlmèn-Laiho (2014, 44) nostaa esille videon käytön osana opetusresurssien hallintaa. Opettaja on paljon äänessä eri pienryhmäopetustilanteissa kertoen samat asiat eri ryhmille. Tämän pystyy ainakin osin korvaamaan opetusvideoiden avulla. Tiedollinen sisältö pysyy samana ja opetusta voidaan järjestää useille ryhmille yhtäaikaaisesti. Lisäksi video elävöittää kovin teoriapohjaista faktatietoa. Ahlmèn-Laiho (2014, 44) tuo kuitenkin esille myös videoiden haasteita opetuksessa. Opetusvideon sisältöä on erittäin vaikea korjata, mikäli tieto muuttuu ajan kuluessa. Lisäksi opetusvideo voi passivoida opiskelijoita sekä tekniset ongelmat ovat aina mahdollisia. Lopuksi Ahlmèn-Laiho kertoo Isiaka (2007) tutkimuksesta, jossa kuitenkin todettiin opetusvideoiden toimivan vähintään yhtä tehokkaasti kuin perinteisen opettajavetoisen oppimisen.

Jokaisella ihmisellä on omanlaisensa tapa oppia. Oppimistyylien eroja voi selittää muun muassa erilaisten havaintokanavien kautta. Havaintokanavia ovat; kuuloaisti (auditiivinen oppija), näköaisti (visuaalinen oppija) sekä tekeminen ja tunteminen (kinesteettinen oppija). Ihminen voi käyttää kaikkia näitä havaintokanavia oppiessaan, mutta toiset kokevat oppimisen helpommaksi jonkun tietyn havaintokanavan kautta. (Seitola, Tarvainen & Hyyti 2007.)

Opetusvideo palvelee erityisesti visuaalista sekä auditiivista oppijaa. Visuaalisella oppijalla korostuu näkemisen merkitys opetuksessa. Tällainen opiskelija oppii näkemällä ja

katselemalla. Visuaalinen oppija kykenee palaamaan erilaisiin näkömielikuviin, joiden ansioista hän pystyy käsittelemään uutta tietoa. Auditiiivinen oppija oppii parhaiten kuulohavainnon avulla. Tällainen opiskelija oppii sanallisten ohjeiden kautta, sekä hän saat-
taa puhua tai toistaa asioita mielessään. Rythmi ja musiikki voivat helpottaa auditiiivista oppijaa. (Seitola ym. 2007.) Oppimista voidaan tehostaa yhdistämällä auditiiivisia sekä visuaalisia oppimistapoja. Videolla tapahtuvaa toimintaa pystytään tukemaan audioker-
ronnalla. Tällöin opiskelija käyttää visuaalista, että auditiiivista havaintokanavaa oppimi-
nessa. Kun käytetään molempia oppimiskanavia, on opiskelijoiden helpompi vastaanottaa
ja hyödyntää videolla esitettyä tietoa. (Bramen 2015.)

8.2 Hyvä opetusvideo

Opetusvideoiden on todettu olevan sopivan mittaisia, jos ne ovat kestoaltaan alle kuusi minuuttia. Tehdyssä tutkimuksessa alle kuuden minuutin mittainen opetusvideo katsottiin loppuun saakka lähes sata prosenttisesti. Kun videon pituus kasvoi 9-12 minuuttiin, tippui opiskelijoiden sitoutuminen videon katsomiselle loppuun asti noin viiteenkymmeneen prosenttiin. (Brame 2015.)

Opetusvideon tarkoituksena on opettaa, miten jokin asia tehdään käytännössä (Mehtälä 2016, 3). Bramen (2015) mukaan kertojan tulisi puhua melko nopeasti sekä innokkaasti. Hän tuo esille tutkimuksen, jossa todettiin opiskelijoiden oppimisen olevan sidoksissa kertojan äänen painoon ja nopeuteen. Kun kertojan ääni nopeutui, kuulija oli kiinnostu-
neempi videota kohtaan.

Brame (2015) tuo esille tärkeyden sisällyttää opetusvideon käyttöön joitakin tekijöitä, jotka motivoivat videon katsomiselle. Opetusvideon pitäisi kiinnittää opiskelijan mielen-
kiinto videolla olevaan informaatioon. Tästä syystä tulee huomioida, että videolla ei olisi tarpeettomia häiriötekijöitä, jotta opiskelija ei keskittyisi epäolennaisiin asioihin. Lisäksi tarpeelliset yksityiskohdat tulee olla riittävän suuria, että opiskelija pystyy näkemään kunnolla oleelliset asiat ja näin ollen informaatio välittyy kunnolla. Tämän lisäksi hyvässä opetusvideossa on huomioitu kohderyhmä. Esimerkiksi jos video on suunnattu aiheeseen ensikertaa tutustuville, on huomioitava perusteiden läpikäyminen. (Brame 2015.)

8.3 Videon käsikirjoitus ja toteuttaminen

Käsikirjoituksessa tulee huomioida videon kohdeyleisö, jotta se tavoittaisi sellaisten ihmisten mielenkiinnon, jolle se on suunnattu. Tämän lisäksi käsikirjoitusvaiheessa tulee miettiä mitä halutaan kuvata ja mitä voidaan jättää kuvaamatta. Kaikkea ei kannata taltioida, joten tämän takia kuvausvaiheet on hyvä käydä etukäteen läpi mielessään. Myös kuvauspaikka tulee pohtia ennakkoon, jotta tiedetään kuvauspuitteet jo suunnitteluvaiheessa. Käsikirjoituksen laajuuteen vaikuttavat tuotoksen aihe ja käyttötarkoitus. (Lepo-niemi 2010, 56–58.) Ennen toteutusta on hyvä käydä läpi myös kuvaamisen tekniset vaiheet. Tuotetun sisällön kaksi laadun määrettä on suoruus ja selkeys. Tämä edellyttää, että tekijällä on selkeä kuva mitä ollaan tekemässä, sekä osaamista käyttämistään menetelmistä ja välineistä. (Luukkonen 2000, 15.)

Mikäli video jaetaan internetissä, on kuvaajan videota tehdessä otettava huomioon sen raja-
aus, otokset sekä kameranliike. Otosten pituus on kuvaajan määriteltävissä. Otos alkaa silloin kun kamera käynnistyy ja loppuu siihen, kun kuvaus päätetään. Ohjeena voidaan pitää, että kuvataan niin pitkään, kuin kuvassa näkyy informaatiota. Kun kuva ei tarjoa katsojalleen enää mitään uutta, tulee kuvaus lopettaa. Kamera on pidettävä kuvattaessa vakaana. Vakauden saavuttamiseksi kamerasta on hyvä pitää kaksin käsin kiinni, sekä kuvaajan asennon on oltava tukeva. Kamera voidaan myös asettaa sille varatulle telineelle kuvauksen ajaksi. Videosta riippuen, kameralla tarvitsee toisinaan myötäillä kuvatun kohteen liikkeitä. Tässä tulee huomioida, mistä liike alkaa ja mihin se loppuu. Helpompaa kuitenkin on valita sellainen raja-
aus, jossa on liikkumavaraa niin, että kamera voi olla paikoillaan. Jos kuvattava kohde ei ole liikkuva, on tällöin järkevää pitää myös kamera paikoillaan. Paikallaan oleva kuva helpottaa lisäksi leikkausta seuraavaan otokseen. (Lepo-niemi 2010, 116.)

9 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

9.1 Tuotokseen painottuva opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehto ammattikorkeakoulun tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Toiminnallisessa opinnäytetyössä tekemistä havainnollistetaan. Tavoitteina on toiminnan ohjeistaminen, opastaminen, toiminnan järjestäminen sekä järjeistäminen. (Vilkka & Airaksinen 2003, 9.) Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa Tampereen ammattikorkeakoulun keskivaiheen opiskelijoille opetusvideo kirurgisen potilaan hoitopolusta. Tärkeää on, että opinnäyte on työelämälähtöinen, käytännönläheinen, tutkimuksellisella asenteella toteutettu sekä alan tietoihin ja taitoihin riittävällä tasolla hallintaa osoittava. (Vilkka & Airaksinen 2003, 10.) Hyvässä toiminnallisessa opinnäytetyössä aihe nousee koulutusohjelman opinnoista eli tässä tapauksessa sisätauti-kirurgisesta hoitotyöstä (Vilkka & Airaksinen 2003, 16).

Vilkka & Airaksinen (2003, 17) mukaan työelämätahon antama opinnäytetyön aihe lisää opiskelijan vastuuntuntoa opinnäytetyötä tehdessä sekä opettaa projektinhallintaa. Lisäksi työelämästä saatu aihe tukee ammatillista kasvua. Työn aihe on rintasyöpäpotilaan hoitopolku leikkauspäätöksen jälkeen. Työhön on tarkoitus löytää sellaisia lähteitä, jotka antavat tietoa preoperatiivisesta sekä postoperatiivisesta hoitotyöstä. Aineistoa hankitaan aiemmin tuotetuista tutkimuksista, tilastoista ja lääketieteen kirjallisuudesta.

9.2 Opinnäytetyön toteuttamisprosessi

Vilkka (2015, 57) selventää tutkimuksen etenemisen vaihteita, jotka ovat:

- 1) Ideataso → Aikataulutus, tutkimusongelma, toimeksiantaja, teoreettinen viitekehys
- 2) Sitoutuminen → Tutkimussuunnitelman tekeminen, tutkimusluvan hankkiminen
- 3) Toteuttaminen → Aineiston hankinta, aineiston analysointi
- 4) Kirjoittaminen → Tutkimusteksti
- 5) Tiedottaminen → Tutkimustulosten ja johtopäätösten esittäminen

Opinnäytetyön aiheen valitsimme syyskuussa 2016. Kyseisen aiheen saimme Tampereen ammattikorkeakoulun opettajien tarpeesta saada opetusmateriaalia kirurgisen potilaan

hoitopolusta. Aihe tarkentui työelämäpalaverin yhteydessä, jolloin päädyimme tarkastelemaan kirurgista potilasta rintasyöpäpotilaan näkökulmasta. Vilkkä ja Airaksinen (2003, 26-27) osoittavat, että hyvällä toimintasuunnitelmalla opinnäytetyön kirjoittaja pystyy etenemään johdonmukaisesti sekä saavuttamaan tavoitteensa. Samalla myös opinnäytetyön kirjoittaja tekee tietynlaisen lupauksen siitä, mitä hän on aikomassa tehdä. He muistuttavat vielä, että omaan suunnitelmaan tulisi sitoutua.

Aloimme heti alusta alkaen suunnitella opinnäytetyön toteutusta ja kartoittamaan lähteitä työhön. Teimme myös tarkan suunnitelman ja aikataulun opinnäytetyön toteutukselle (taulukko 5). Marras-joulukuussa työstimme opinnäytetyön suunnitelmaa ja keräsimme samalla, mahdollista teoretietoa kasaan itse työtä varten. Hyödynsimme myös opettajamme ohjausta suunnitelmavaiheessa. Tämän lisäksi esitimme suunnitelmaseminaarissa työtämme ja saimme vertaisarviointia toisilta opiskelijoilta. Opinnäytetyön lupahakemuksen teimme tammikuussa 2017 ja luvan saimme helmikuussa 2017.

TAULUKKO 5 Opinnäytetyön aikataulu

Syyskuu 2016:	Työelämäpalaveri & Ideaseminari (aiheenvalinta ja rajausta)
Lokakuu 2016:	Lähteiden etsimistä & Tietoon tutustumista
Marraskuu 2016:	Aineiston hankinta & Tutkimussuunnitelman tekeminen
Joulukuu 2016:	Suunnitelmaseminari & Opinnäytetyön lupahakemus
Tammi-maaliskuu 2017:	Teorian kirjoittamista Videon käsikirjoitus & Suunnittelu
Huhtikuu 2017:	Videon kuvaus & Pohdinnan kirjoittaminen
Toukokuu 2017:	Käsikirjoitusseminari ja Videon editointi
Elo- Syyskuu 2017:	Opinnäytetyön viimeistely & Esitysseminarin PowerPoint esityksen laatiminen
Lokakuu 2017:	Opinnäytetyön palautus
Marraskuu 2017:	Kypsyysnäyte & Esitysseminari

Tutkimusluvan saatuaamme teimme varsinaista tiedonhakua, joka kesti koko opinnäytetyöprosessin ajan. Käytimme paljon tiedonhaussa kotimaisia tietokantoja, kuten Terveystietä, Terveyskirjasto ja Duodecim – lääketieteen aikakauskirjaa. Kansainvälisistä tietokannoista käytimme Cinahl & PubMed – tietokantoja. Lähteiden etsimisessä käytimme rajausta kymmenen vuoden sisällä ilmestyneisiin teksteihin.

Kun olimme saaneet teoriapohjaa työhön kirjoitettua tarpeeksi, suunnittelimme tulevan tuotoksen käsikirjoitusta. Käsikirjoitus syntyi hankitun teoriatiedon pohjalta. Videon käsikirjoituksen lähetimme ohjaavalle opettajallemme sekä työelämätaholle tarkastettavaksi. Käsikirjoitukseen ei tullut muutoksia opettajien tarkastuksen jälkeen. Sovimme itse toimivamme hoitajien rooleissa videolla, mutta tämän lisäksi saimme sovittua kolmannen henkilön näyttelemään potilasta sekä kuvaajan kuvaamaan tapahtumia. Kertojan puhe äänitettiin jälkikäteen ja liitettiin kuvaan myöhemmin. Tämä antoi meille aikaa keskittyä itse kuvaukseen sekä pystyimme kohdistamaan kertojan puheen videon tapahtumien kannalta sopiviin kohtiin.

Kuvauksiin varasimme yhden päivän huhtikuussa ja toisen päivän toukokuussa. Kuvaajallamme oli omat kuvausvälineet ja editointiohjelma. Hoitajan vaatteet sekä rekvisiittaa otimme itseltämme sekä koululta. Kuvauksen toteutimme Taysin lyhytkirurgian leikkausosastolla sekä koululla neuvolatilaluokassa, itseharjoittelutilassa ja S1-käytävällä. Editoinnin sekä kertojan puheen teimme kuvauksen jälkeen toukokuussa Tampereen Mediapoliksella. Tämän jälkeen keskityimme viimeistelemään opinnäytetyön pohdintaa ja loppuraporttia.

9.3 Opetusvideon toteuttamisprosessi

Keräsimme opinnäytetyöhön teoriatietoa ennen kuin rupesimme suunnittelemaan itse videota. Videon käsikirjoitus syntyi kirjoittamamme teoriatiedon pohjalta. Käsikirjoituksessa (liite 1) on kaavio, joka on jaettu kahteen eri sarakkeeseen. Ensimmäisessä sarakkeessa on videolla näkyvä sisältö ja toisessa sarakkeessa kertojan puhuma teksti. Halusimme kuvaajaksi alaa opiskelevan ammattihenkilön. Pyysimme Tampereen Mediapoliksen yliopettajaa informoimaan työstämme medianomiopiskelijoita. Aika kului helmikuulle 2017, kun saimme yhteydenoton Mediapoliksen opiskelijalta. Tapasimme hänet seuraavalla viikolla ja hän lupautui kuvaajaksemme, sekä myös editoimaan tulevan videon. Kävimme kuvaajan ja editoijan Juha-Pekka Aaltosen kanssa käsikirjoituksemme läpi. Pohdimme samalla, onko käsikirjoituksessa olevat kohtaukset mahdollista toteuttaa. Jouduimme jättämään muutaman kohtaa käsikirjoituksesta pois, sillä ne olisivat olleet liian haastavia toteutukseltaan.

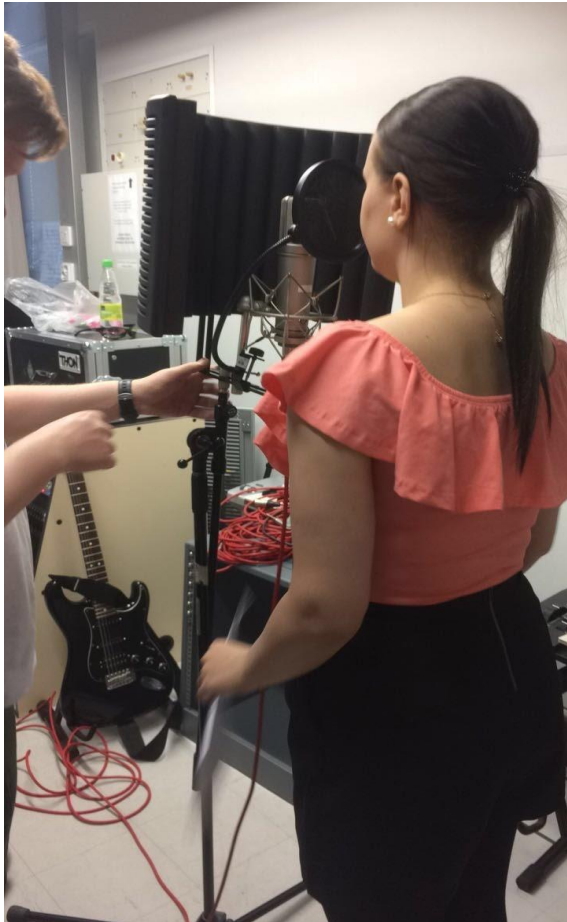
Kävimme alkuvuodesta opinnäytetyön ohjauksessa, jossa opettajamme nosti esille idean kuvata video Taysin tiloissa. Jäimme pohtimaan ajatusta ja pian laitoimmekin asian viireille. Lähdimme selvittämään kuvausluvan saamista Taysin opetusylihoitajalta helmikuussa. Kuvausluvan saamiseksi edellytettiin opinnäytetyön suunnitelman toimittaminen opetusylihoitajalle sekä kuvattavan yksikön osastonhoitajan, opinnäytetyötä ohjaavan opettajan ja opinnäytetyöntekijöiden allekirjoitus. Lisäksi piti selventää mihin tarkoitukseen video tulisi ja ketä siinä näyttelisi.

Kuvausluvan saimme huhtikuussa 2017, jolloin aloimme heti toteuttaa kuvaamista. Kuvaaminen tapahtui kahtena päivänä. Ensimmäinen kuvauspäivä oli Taysin lyhytkirurgian osastolla, jonka jälkeen jatkoimme illaksi koululle kuvaamaan. Parin viikon päästä menimme katsomaan videota Tampereen Mediapolikselle yhdessä kuvaajamme kanssa. Pian kävi ilmi, että tarvitsimme hieman lisää materiaalia, joten sovimme uuden kuvauspäivän jo seuraavalle viikolle. Ennen toista kuvauspäivää kävimme ohjauskeskustelussa ohjaavan opettajamme luona, jolta saimme neuvoja matkan varrella tullessiin kysymyksiin ja palautetta opinnäytetyön teoria osuudesta.

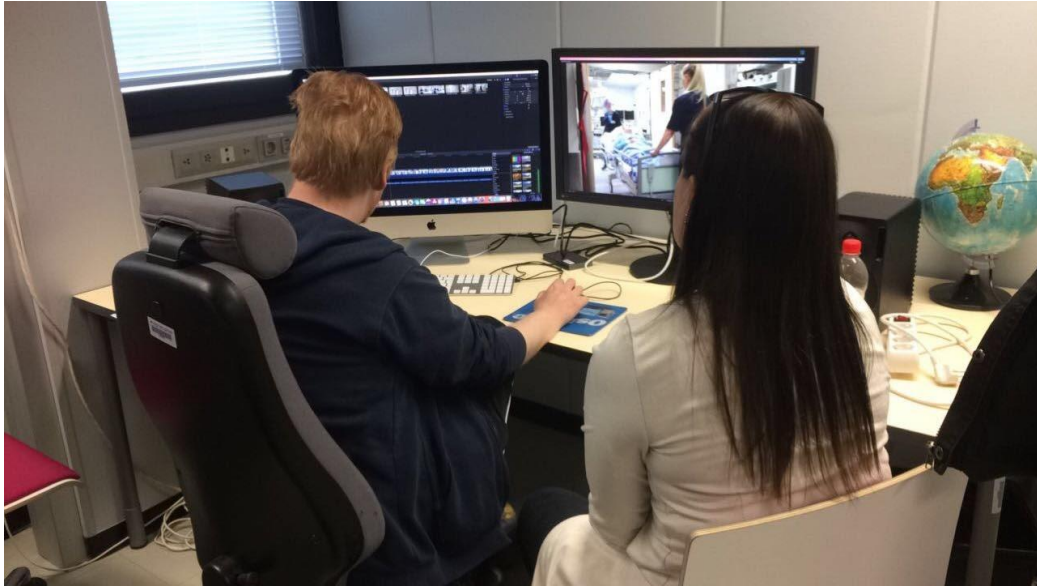


KUVA 1. Opetusvideon kuvaus (Kuva: Noora Vendelin 2017)

Videon editointi tapahtui koko prosessin ajan ja video viimeisteltiin toukokuun lopussa, jolloin myös äänitimme Mediapoliksen studiolla kertojan puheen videon taustalle. Tutkimusten mukaan hyvä opetusvideo kestää noin kuusi minuuttia (Brame 2015). Tämän opinnäytetyön tuotoksena syntyvä video on kestoaltaan noin 7,5 minuuttia, mikä ylittää hieman kyseisen rajan. Tämän opetusvideon kannalta on kuitenkin oleellista, että hoitopolun jokainen vaihe tulee kuvattua selkeästi ja riittävän tarkasti, jotta kuulija saa ymmärrettävän ja kattavan kuvan potilaan hoitopolusta. On myös tärkeää, että hoitopolun jokainen vaihe tulee kuvattua, ettei hoitopolku katkea kesken videolla.



KUVA 2. Videon äänitys Mediapoliksen tiloissa (Kuva: Jenny Koskinen 2017)



KUVA 3. Opetusvideon editointia Mediapoliksen tiloissa (Kuva: Jenny Koskinen 2017)

Bramen (2015) mukaan opetusvideossa on tärkeää huomioida, etteivät kohtaukset ole liian pitkiä. Tutkimuksista on huomattu opetusvideoiden olevan sopivan mittaisia, jos ne ovat kestoaltaan alle kuusi minuuttia. Tässä opetusvideossa tarkoituksena oli jakaa videon sisältö kolmeen vaiheeseen, jotka olivat esikäynti, preoperatiivinen- ja postoperatiivinen vaihe. Jokaisessa vaiheessa kiinnitimme huomiota kohtauksien keston, ja karsimme turhaa täytettä videolta pois. Sisällytimme videoon myös muutamia taulukoita, jotka havainnollistavat opittavaa asiaa kertojan puheen ohella.

10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

10.1 Eettisyys ja luotettavuus

Hyvään tutkimusetiikkaan kuuluu, että tutkija pysty arvioimaan, onko hän toteuttanut tutkimuksensa eettisten periaatteiden mukaisesti. Lisäksi tutkijan tulee tietää eri tutkimusvaiheet ja niiden vaatimukset. Suomessa on tutkimuseettinen neuvottelukunta, joka määrittelee tutkimusetiikan laatukriteerejä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 360, 363.) Olemme opinnäytetyön tekijöinä perehtyneet huolellisesti heti projektin alkuvaiheessa tutkimuseettisiin kysymyksiin ja säädöksiin sekä tutkimusvaiheisiin. Ne ovat myös avattuna tässä opinnäytetyön raporttiosiossa. Ennen työn varsinaista aloittamista teimme opinnäytetyön suunnitelman. Suunnitelman hyväksymisen jälkeen haimme tutkimuslupaa koulutuspäälliköltä, joka antoi lopullisen luvan työllemme.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) mainitsee, että tutkimusta tehdessä tulee noudattaa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Tieto, joka tutkimukseen kerätään, tulee olla eettisesti kestävä. Lisäksi käytettäessä toisten tekemiä tutkimuksia tiedonlähteenä, tulee niihin viitata asianmukaisesti. Hyvä tutkimus suunnitellaan ja toteutetaan huolellisesti sekä siitä raportoidaan rehellisesti ja avoimesti. Tämän opinnäytetyön tekemiselle laadittiin tarkka aikataulu ja suunnitelma, jota noudatimme koko prosessin ajan. Lisäksi arvioimme jokaisen käyttämämme lähteen kriittisesti, sekä antoiko lähde tarvittavaa tietoa juuri tätä opinnäytetyötä varten. Lähteet ja viittaukset merkitsimme alusta lähtien huolellisesti ja alkuperäistä tekijää kunnioittaen TAMKin raportointimallin mukaisesti. Käyttämämme lähteet ovat julkaistu viimeisen kymmenen vuoden sisällä. Lähteissämme on sekä kotimaisia että myös kansainvälisiä julkaisuja.

Tutkimuksen etiikkaan kuuluu myös tutkimuksen rajaaminen oleelliseen, eli mitä tutkitaan ja mikä jätetään tutkimuksen ulkopuolelle (Leino-kilpi & Välimäki 2009, 365). Tämä opinnäytetyö on rajattu rintasyöpäpotilaan kirurgiseen hoitopolkuun, sillä pelkkä kirurgisen potilaan hoitopolku olisi ollut liian laaja aihe tutkittavaksi. Opinnäytetyöllemme pyrimme alusta alkaen hyvään lopputulokseen, joka rakentuu eettisistä ja luotettavista tiedonlähteistä. Olemme käyttäneet työssä lähteinä erilaisia tutkimuksia, artikkeleita sekä kirjalähteitä ja suurin osa käyttämistämme lähteistä on lähivuosina kirjoitettuja.

Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2013, 218) muistuttaa, että tutkimuksen tulee olla hyödyllinen ja se on koko tutkimusetiikan periaate ja oikeutuksen lähtökohta. Tämän opinnäytetyöhön kuuluvan raportin lisäksi valmistuu sairaanhoitajaopiskelijoiden opetusta palveleva tuotos, joka annetaan tiedeyhteisön eli TAMKin arvioitavaksi. Tuotos esitellään opiskelijoille opinnäytetyöseminaarissa ja tuotoksen käyttöoikeus annetaan TAMKille.

10.2 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Rintasyöpäpotilaiden määrä on Suomessa suuri. Huovinen (2016) mainitsi, että vuonna 2014 uusia tapauksia todettiin noin 5000. Koska sairastavuus Suomessa on korkealla, tarkoittaa se myös sitä, että hoitajilla tulisi olla hyvä käsitys rintasyövästä, sen hoitoprosessista ja paranemisesta. Vuositasolla voidaan puhua noin 800 potilaan menehtymisestä tautiin. On kuitenkin huomattu, että sairauden ennuste on parantunut merkittävästi taudin varhaisen toteamisen ja kehittyneiden hoitomuotojen vuoksi. Jopa 90 % rintasyöpäpotilaista oli elossa viiden vuoden kuluttua diagnoosin saamisesta (THL 2014).

Kirurgisen rintasyöpäpotilaan hoitopolku on monivaiheinen tapahtumasarja, jossa tulee ottaa jokainen vaihe tarkasti huomioon. Kun jokainen vaihe suunnitellaan etukäteen hoidon jatkuvuus ja tulokset ovat hyviä. Jokaisessa vaiheessa on tärkeää huomioida potilaan yksilöllisyys ja muistaa kokonaisuus. Sairaanhoitajan on hyvä pitää mielessä, että kirurginen potilas on aina haasteellinen ja potilas itse saattaa kokea tilanteensa pelottavaksi.

Tässä opinnäytetyössä potilaan hoitopolku jakautui pääasiassa kolmeen eri vaiheeseen, jotka olivat esikäynti, preoperatiivinen- ja postoperatiivinen vaihe. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus (STM) määrittelee lain potilaan hoitoonpääsystä. Tämän perusteella voidaan todeta, että potilaan tulee päästä toimenpiteeseen kuuden kuukauden kuluessa hoidon tarpeen arvioinnista, joka on kohtuullinen aika. Potilaita on paljon, mutta hoitoa pyritään aina antamaan kiireellisyys järjestyksessä.

Tutkimuksista voidaan päätellä, että hoitopolun preoperatiivinen vaihe on tärkeä leikkauksen valmistautumisessa kuin myös leikkauksen onnistumisessa. Lisäksi preoperatiivisen vaiheen onnistuminen vaikuttaa leikkauksesta toipumiseen. Tässä vaiheessa korostui Saarelan (2013, 29) mukaan etenkin sairaanhoitajan ohjaus leikkausta edeltävällä

esikäynnillä, jossa hoitaja antaa ohjeistuksia leikkaukseen valmistautumisessa. Tutkimusten mukaan huolellisesti toteutettu ohjaus paransi huomattavasti potilaan leikkauskelpoisuutta. Lisäksi ohjaus vaikutti hoitoaikojen lyhenemiseen, sekä potilaat olivat jo hoitopolun alkuvaiheessa saaneet valmiuksia itsehoitoon liittyvistä asioista. Postoperatiivisessa vaiheessa oleellista puolestaan oli potilaan toipuminen ja siihen vaikuttavat asiat. Leikkauksen jälkeisen hyvän kivunhoidon todettiin olevan tärkeässä osassa potilaan toipumisen kannalta.

Ennen kuin potilas voidaan kotiuttaa, tulee hänen vointinsa olla vakaa. Rauta (2013) toi esille näitä kotiuttamisen päätökseen vaikuttavia kriteerejä, joista esille nostettakoon viitaalielintoiminnot, orientointineisuus, pahoinvointi, kivut ja vuodot. Ennen kotiuttamista potilaan kuuluu saada kotihoito-ohjeet suullisesti sekä kirjallisesti. Riittävän kattavat ja selkeät ohjeet ovat tärkeitä, jotta potilas pystyy kotiutumaan turvallisesti ja pärjäämään kotona saatujen ohjeiden avulla. Palokosken (2007, 42) mukaan kirjallisten kotihoito-ohjeiden antaminen potilaille toteutui onnistuneesti lähes jokaisen potilaan kohdalla. Tulevaisuudessa kirurgisten potilaiden hoitopolkua voisi kehittää, tekemällä kartoituksen kirurgisten potilaiden hoitopolun sujuvuudesta. Sitä kautta voisi saada selville mahdollisia epäkohtia tai kehittämisen paikkoja hoitopolun eri vaiheista.

Tämän opinnäytetyön tuotoksena syntyi opetusvideo. Bramen (2015) mukaan opetusvideossa on tärkeää huomioida, etteivät kohtaukset ole liian pitkiä. Tutkimuksista on huomattu opetusvideoiden olevan sopivan mittaisia, jos ne ovat kestoltaan alle kuusi minuuttia. Mikäli videon pituus kasvaa 9-12 minuuttiin, tippuu sitoutuminen videon katseleminen loppuun saakka viiteenkymmeneen prosenttiin. Huomioimme tämän omassa videosamme, josta karsimme kaiken ylimääräisen pois. Videon kokonaiskestoksi tuli 7,5 minuuttia. Videota ei kuitenkaan voinut supistaa kuuteen minuuttiin, sillä muutoin oleellisia asioita hoitopolun vaiheista olisi jäänyt kuvaamatta. Tämä olisi antanut oppijalle väärän kuvan potilaan hoitopolusta.

Lähteissä käy ilmi, että jokaista hyvää opetusvideota yhdistää hyvä käsikirjoitus. Hyvässä käsikirjoituksessa opetettava asia jakautuu selkeisiin, peräkkäisiin vaiheisiin. Ennen opetusvideon kuvaamista, teimme videolle käsikirjoituksen (LIITE 1) hankkimamme teorioiden pohjalta. Käsikirjoituksen lähetimme opinnäytetyötä ohjaavalle opettajallemme, että työelämätaholle. Tämä mahdollisti muokkauksien teon ennen varsinaista kuvaamista.

10.3 Pohdinta

Prosessina opinnäytetyö on ollut kuormittava, mutta myös antoisa tulevaisuutta ajatellen. Olemme saaneet hyvää teorian tietoa työtä tehdessä, sekä myös opinnäytetyön tuotoksena syntyneen videon teko prosessi on ollut silmiä avartava kokemus. Prosessin aikana olemme saaneet kokea vastoinikäymisiä, sekä onnistumisen kokemuksia. Aluksi opinnäytetyömme tuntui kovin laajalta, emmekä oikein saaneet kunnon otetta työhön. Työelämäpalaverin jälkeen aihe kuitenkin rajautui ja selkeentyi, jonka avulla pääsimmekin hyvin alulle työssä. Opinnäytetyö suunnitelmaan meidän laatima aikataulu auttoi työn toteuttamisessa ja pystyimmekin pitämään aikataulusta hyvin kiinni koko prosessin ajan.

Opinnäytetyön kirjallinen projekti alkoi lähteiden kartoittamisesta. Ensin lähteitä ei tuntunut löytyvän, mutta tarkemmilla hakusanoilla alkoi löytyä juuri kyseisille kohdille oleellista tietoa. Löysimme myös tuoreita ja kattavia tutkimuksia rintasyöpäpotilaaseen ja videon tekoon liittyviin kohtiin työssämme. Osa tutkimuksista oli kansainvälisiä. Laadimme alkuun yhdessä opinnäytetyön pääkohdat ja sisällysluettelon, jonka jälkeen teimme työn teoriaosuutta tahoillamme erikseen. Kokoonnuimme kuitenkin säännöllisesti yhdessä pohtimaan työtä ja eteen tulleita ongelmakohtia. Tämän lisäksi konsultoimme toisiamme jatkuvasti, sekä pyysimme toistemme mielipiteitä erilaisista asioista. Välillä jouduimme tekemään myös kompromisseja, jotta molemmat saivat mielipiteitään tarpeeksi esille. Kompromisseista huolimatta molemmat olivat tyytyväisiä lopputulokseen ja toisen antamiin mielipiteisiin matkan varrella.

Opinnäytetyötä ohjaavalta opettajaltamme saimme rutkasti apua ja neuvoja aina tarpeen tullen. Kävimmekin hänen ohjauksessaan useamman kerran ja koimme keskustelut erittäin hyödyllisiksi. Keskusteluiden jälkeen saimme aina uutta pontta tehdä työtä. Opettaja nosti esille opinnäytetyöstä kysymyksiä, jotka saivat meidät pohtimaan, mitä olemme kirjoittamassa ja miksi. Lisäksi luetutimme työtä eri vaiheissa ulkopuolisilla ihmisillä, joilta saimme muokausehdotuksia ja mielipiteitä. Tämä auttoi työn hienosäädössä. Molemmille opinnäytetyön kirjoittaminen oli luonnollista sekä jouhevaa, sillä kummallakin oli selkeä tavoite ja sama päämäärä. Työn edetessä oli tärkeää pitää jatkuvasti mielessä, mikä on työmme tarkoitus.

Suurimmat vastoinkäymiset prosessin aikana tulivat videon kuvaamiseen liittyvissä vaiheissa. Kuvaajan ja editoijan löytymiseen meni enemmän aikaa kuin odotimme. Lisäksi erilaisten lupa ja anomuskaavakkeiden täyttö, oli huomattavasti haastavampaa ja aikaa vievempää, mitä olimme ajatelleet. Itse videon kuvausta helpotti suunnattomasti, että saimme osaavan ulkopuolisen kuvaajan. Näin meidän ei tarvinnut huolehtia kuvauksesta. Saimme antaa ehdotuksia ja kuvaajamme toteuttikin hyvin toiveitamme. Loppuvaiheessa olimme myös mukana videon editoinnissa, jolloin pystyimme tuomaan ideoitamme ja toiveitamme hyvin esille. Kaikkia ajatuksiamme ei pystytty toteuttamaan, mutta suurimmaksi osaksi editoija sai tehtyä muokkauksia videolle niin kuin halusimme.

Työelämätahohenkilö esitti tuotoksemme kirurgisen hoitotyön opettajien kokouksessa elokuussa 2017. Saimme tuotoksesta hyvää ja rakentavaa palautetta. Erityistä kiitosta video sai hienosta toteutuksesta. Katsojien silmiin oli välittynyt hyvin potilaan siirtyminen hoitopolun eri vaiheissa. Opinnäytetyöprosessi on kehittänyt paljon etenkin vuorovaikutus- sekä ongelmanratkaisutaitojamme. Se on myös opettanut ja rohkaissut vastuun ottamiseen ja itsenäiseen työskentelyyn. Näiden taitojen avulla opinnäytetyöprojekti on voitu saattaa aikataulussa päätökseen onnistuneesti.

Työmme vastaa alussa laatimiamme teoreettisia lähtökohtia. Lähteitä olemme käyttäneet kattavasti, sekä kirjoittaneet teoriatietoa paljon toiminnalliseksi opinnäytetyöksi. Olemme pitäneet huolen, että hyvä tieteellinen käytäntö toteutuu työssämme, sekä olemme merkinneet lähteet ja lähdeviitteet tarkoin esille. Lopuksi lähetämme työmme plagioinninesto-ohjelma Urkundiin. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa opetusvideo. Tämän tavoitteena oli lisätä TAMKin sairaanhoitajaopiskelijoiden tietoa kirurgisen rintasyöpäpotilaan hoitopolusta. Opinnäytetyön tehtäviin olemme vastanneet huolellisesti ja onnistuneesti, sekä tehtävät ovat toimineet työmme suuntaviivoina alusta alkaen.

LÄHTEET

Ahlmén-Laiho, U. 2014. Videosta apua lääketieteen opiskelijoille sairaalaorganisaatiossa toimimisen oppimiseen? *Yliopistopedagogiikka* 2014. 21 (2), 44–45.

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. *Kliininen hoitotyö*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Amaya, F., Hosokawa, T., Okamoto, A., Matsuda, M., Yamaguchi, Y., Yamakita, S., Taguchi, T. & Sawa, T. 2015. Can acute pain treatment reduce postsurgical comorbidity after breast cancer surgery? A literature review. Retrieved 20.12.2016.
<http://www.hindawi.com/journals/bmri/2015/641508/>

Anttila, K., Hirvelä, M., Jaatinen, T., Polviander, M & Puska, E-L. 2014. *Sairaanhoito ja huolenpito*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Auvinen, P., Heikkilä, P., Huovinen, R., Jahkola, T., Joensuu, H., Joukainen, S., Jukkola-Vuorinen, A., Karihtala, P., Kataja, V., Kouri, M., Kärjä, V., Leidenius, M., Matsson, J., Saarni, O., Sailas, L., Sudah, M., Tanner M. & Tengström, M. 2013. Rintasyövän valtakunnallinen diagnostiikka- ja hoitosuositus. Suomen Rintasyöpäryhmä ry.

Bachmann, M., Hersio, K & Pere, P. 2017. Leikkauskelpoisuuden arviointi ja leikkaukseen valmistaminen. *Lääketieteellinen aikakauskirja. Duodecim.Terveysportti*. Luettu 25.11.2017
http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt0041

Brame, C-J. 2015. Effective Educational Videos. Retrieved 19.12.2016.
<https://cft.vanderbilt.edu/guides-sub-pages/duode/effective-educational-videos/>

Erämies, T. 2015. Postoperatiivinen hoito vuodeosastolla. *Sairaanhoitajan tietokannat. Terveysportti*. Luettu 1.11.2016.
<http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>

Forsström, S. 2012. Rintasyöpäpotilaan postoperatiivinen hoito. *Sairaanhoitajan tietokannat. Terveysportti*. Luettu 1.11.2016.
http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk04745&p_haku=.%20Rintasy%C3%B6p%C3%A4potilaan%20postoperatiivinen%20hoito

Hakala, N. 2012. *Päiväkirurgisen postoperatiivisen hoitotyön käsikirja*. Luettu 17.12.2016.
<http://paivakirurginenyhdistys.net/tiedostot/paivakirurgisen-heraamon-kasikirja.pdf>

Hammar, A-M. 2011. *Kirurgian perusteet*. Helsinki: WSOY.

Harju, V. & Viitanen, K. 2014. *Vaikeaa vai ei? Digitarinoiden käyttö opetuksessa. Teoksessa Niemi, H. & Multisilta, J. (toim.) Rajaton luokkahuone*. Jyväskylä: PS-kustannus.

Heikkilä, P. 2012. Rintasyöpä. *Duodecim oppiportti*. Luettu 2.12.2016.

<http://www.oppoportti.fi.elib.tamk.fi/op/pat00596/do#q=rintasy%C3%B6p%C3%A4>

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2008. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Huovinen, R. 2009. Rintasyöpä. Lääketieteellinen aikakausikirja. Duodecim.Terveysportti. Luettu 7.12.2016
<http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/ltk/koti>

Huovinen, R. 2016. Rintasyöpä. Lääketieteellinen aikakausikirja. Duodecim.Terveysportti. Luettu 2.12.2016.
http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00620&p_haku=rintasy%C3%B6p%C3%A4

Hus. N.d. Rintasyöpäpotilaan hoitopolku. Luettu 17.12.2016.
http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/syopataudit/syopapotilaan-hoitopolku/rintasyopapotilaan_hoitopolku/Sivut/default.aspx

Hus. N.d. Ennen leikkausta. Luettu 25.11.2017.
http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/syopataudit/syopapotilaan-hoitopolku/rintasyopapotilaan_hoitopolku/ennen_leikkausta/Sivut/default.aspx

Iivanainen, A., Jauhiainen, M & Syväoja, P. 2010. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Keuruu: Otava.

Joensuu, H. & Rosenberg-Ryhänen, L. 2014. Rintasyöpäpotilaan opas. Suomen Syöpäpotilaat ry yhteistyössä Syöpäklirikoiden ja syöpätutkimuksen tuki ry:n kanssa. Redfina Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Karma, A., Kinnunen, T., Palovaara, M & Perttunen, J. 2016 Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Koivusipilä, A., Tarnanen, K., Jalonen, J. & Mattila, V. 2015. Leikkaukseen valmistautuminen - lisätietoa potilaalle. Terveyskirjasto. Duodecim.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00089

Kontinen, V. & Hamunen, K. 2014. Tavoitteena tehokas ja turvallinen yksilöllinen leikkauksen jälkeisen kivun hoito. Luettu 2.11.2016.
http://www.finnanest.fi/files/kontinen_hamunen_tavoitteena_tehokas_ja_turvallinen_yksilollinen_leikkauksen_jalkeisen_kivun_hoito.pdf

Kontinen, V. & Hamunen, K. 2015. Leikkauksen jälkeisen kivun hoito. Lääketieteellinen aikakausikirja. Duodecim. 131(20),1921-8. Terveysportti. Luettu 2.11.2016.
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinumero;jsessionid=CF74792C9D57E5A33ADFC80780425F27?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo12492&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_member=JPPpRX9**SdU

Kylliäinen, K. 2012. Kirurgisten potilaiden tiedonsaanti ja hoitoon osallistuminen. Kyselytutkimus vuosina 2008 ja 2010. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden opettajan koulutus. Pro gradu –tutkielma. Luettu 17.12.2016.
http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn-fi_uef-20121145/urn_nbn-fi_uef-20121145.pdf

Lavonen, J., Korhonen, T., Kukkonen, M. & Sormunen, K. 2014. Innovatiivinen koulu. Teoksessa Niemi, H. & Multisilta, J. (toim.) Rajaton luokkahuone. Jyväskylä: PS-kustannus.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Leponiemi, K. 2010. Videokuvaus – taitoa ja tekniikkaa. Jyväskylä: WSOYpro Oy.

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2013. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Lukkarinen, H., Virsiheimo, T., Savo, M., Hiivala, K. & Salomäki, T. 2012. Käsikirja potilaan heräämövaiheen seurannasta ja turvallisesta siirrosta vuodeosastolle. Hoitotyön tutkimussäätiö.

Lukkarinen, H., Virsiheimo, T., Savo, M., Hiivala, K. & Salomäki, T. 2013. Potilaan turvallinen siirto heräämöstä vuodeosastolle. Anestesiahoitotyön käsikirja. Kustannus Oy Duodecim.

Luukkonen, J. 2000. Digitaalisen median käsikirjoitusopas. Helsinki: Edita.

Mehtälä, K. 2016. Liikkuvan kuvan ja flipped Classroom-menetelmän hyödyntäminen opetuksessa. Helsingin yliopisto. Käyttäytymistieteellinen tiedekunta. Pro gradu- tutkielma.
https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/166875/Karri-Mehtala_ProGradu_.pdf?sequence=5

Oliveira, G., Chang, R., Khan, S., Hansen, N., Khan, J., McCarhty, R. & Apkarian, A. 2014. Factors associated with the development of chronic pain after surgery for breast cancer: a prospective cohort from a tertiary center in the United States. Retrieved 20.12.2016.
<http://onlinelibrary.wiley.com.elib.tamk.fi/doi/10.1111/tbj.12207/ful>

Opetushallitus. N.d. Video kynänä – video oppimisen välineenä. Luettu 18.12.2016.
https://hyvatkaytan-not.oph.fi/kaytanto/1963/?q=2f3f48e14c05d19bdf34ea010cc179b2#Description_Tab__view

Palokoski, M-R. 2007. Kirurgisen potilaan kotona selviytyminen leikkauksen jälkeen. Lääketieteellinen tiedekunta. Tampereen yliopisto. Pro gradu –tutkielma. Luettu 22.12.2016
<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/94271/gradu01622.pdf?sequence=1>

Pohjois-Pohjanmaan Sairaanhoidopiiri. 2017. Valmistautuminen leikkaukseen ja anestesiaan. Viitattu 3.1.2016.
<https://www.ppshp.fi/anestesia/prime102.aspx>

- Puistola, U. 2011. Rintasyöpä. Duodecim oppiportti. Luettu 2.12.2016.
<http://www.oppiportti.fi.elib.tamk.fi/op/njs02304/do#q=rintasy%C3%B6p%C3%A4>
- Rauta, S. 2013. Päiväkirurgisen potilaan postoperatiivinen tarkkailu ja kotiuttaminen. Anestesiahoitotyön käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Luettu 17.12.2016.
http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/shk/koti?p_artik-keli=shk02250&p_haku=kotiutus
- Roberts, P., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Leppäniemi, A. 2010. Kirurgia: Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Saano, S & Taam-Ukkonen, M. 2014. Lääkehoidon käsikirja. Helsinki: Sanoma pro oy.
- Saarela, K. 2013. Kirurgisen potilaan ohjaus asiantuntijasairaanhoitajan kokemana. Terveystieteiden yksikkö. Tampereen yliopisto. Pro gradu –tutkielma. Luettu 5.12.2016
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/84528/gradu06701.pdf?sequence=1>
- Seitola, T., Tarvainen, V. & Hyyti, H. 2007. Oppimistyylin yhteys oppimiseen. Oppiminen ja oppimisympäristöt –tutkielmaraportti. Luettu 18.12.2016
http://www.hyyti.fi/materiaali/070312_tutkielma_aihe6.pdf
- Smeltzer, S., Bare, B., Hinkle, J. & Cheever, K. 2010. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing. 12. Painos. China: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Sosiaali- terveysministeriö. N.d. Hoitoon pääsy.
<http://stm.fi/hoitotakuu>
- Suomen syöpärekisteri. 2016. Tärkeimpiä tilastotietoja rintasyövästä. Uusien rintasyöpätautien määrät ja osuus kaikista syövästä vuosina 2010-2014 miehillä ja naisilla. Luettu 1.11.2016.
<http://www.cancer.fi/syoparekisteri/tilastot/>
- Tampere.fi. Sosiaali- ja terveystalvet. Hatanpään sairaala. Leikkaustoiminta. Tietoa toimenpiteeseen tulevalle potilaalle. Luettu 25.11.2017
<https://www.tampere.fi/sosiaali-ja-terveystalvet/terveystalvet/sairaalat-ja-poliklinikat/hatanpaan-sairaala/leikkaustoiminta/leiko24/potilaana.html>
- Tays. 2015. Leikkaushaavan käsittelyn aseptiikka. Luettu 20.12.2016
[http://www.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Sairalahygieniaohjeisto/Aseptiikka_hoitotoimenpiteissa/Leikkaushaavan_kasittelyn_aseptiikka\(48508\)](http://www.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Sairalahygieniaohjeisto/Aseptiikka_hoitotoimenpiteissa/Leikkaushaavan_kasittelyn_aseptiikka(48508))
- Tays. 2016. Rintasyöpä. Luettu 17.12.2016.
<http://www.pshp.fi/fi-FI/Palvelut/Syovanhoito/Rintasyopa>
- Tays. 2016. Rintasyöpäpotilaan hoitopolku. Luettu 5.12.2016.
[http://www.pshp.fi/fi-FI/Palvelut/Syovanhoito/Rintasyopa/Rintasyopapotilaan_hoitopolku\(59857\)](http://www.pshp.fi/fi-FI/Palvelut/Syovanhoito/Rintasyopa/Rintasyopapotilaan_hoitopolku(59857))
- Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Syövä yleyisyys. 2014. Luettu 1.11.2016.
<https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/syopa/syovan-yleisyys>

Terveyskirjasto. 2015. Leikkaukseen valmistautuminen-lisätietoa potilaalle. Luettu 1.11.2016.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00089

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012-2014. Hyvä tieteellinen käytäntö. Luettu 8.12.2016.

<http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>

Vehmanen, L. 2012. Paikallisen rintasyövän hoito. Duodecim. Terveyskirjasto. Luettu 30.10.2016.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00468

Vehmanen, L. 2012. Rintasyöpä: toteaminen ja ennuste. Duodecim. Terveyskirjasto. Luettu 5.11.2016.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00618

Viitanen, K., Harju, V., Niemi, H. & Multisilta, J. 2014. Digitaalisen tarinankerronnan monet mahdollisuudet. Teoksessa Niemi, H. & Multisilta, H. (toim.) Rajaton luokahuone. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vilkka, H ja Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4.uudistettu painos. Juva: Bookwell oy

Ylilahtela, M. 2015. Laadukas kivun hoito postoperatiivisessa hoitotyössä. Kirjallisuuskatsaus. Hoitotyön koulutusohjelma. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/103245/Yliahtela_Mira.pdf?sequence=4

LIITTEET

Liite 1. Videon käsikirjoitus

<p>ALKUTEKSTI: TAMK-logo</p> <p>”EMME VASTAA, MIKÄLI VIDEO- OLLA ESITETTÄVÄ TIETO ON MUUTTUNUTTA VIDEON JULKAISE- MISEN JÄLKEEN”</p> <p>KOHTAUS 1 : Esikäynti</p> <p>Kuvaa: potilaasta ja sairaanhoitajasta keskustelemassa sairaanhoitajan vastaanotolla. Videokuvan päälle aukeaa kirjallinen info esikäynnillä käytävistä asioista:</p> <p>Lähikuvaa anestesiakaavakkeesta: [Anestesiakaavake= Sairaudet, allergiat, käytössä olevat lääkkeet ja ruokavalio. Aiemmat toimenpiteet ja nykyisten sairauksien oireet.]</p> <p>Kuvaa: potilaasta ja sairaanhoitajasta, jonka päälle aukeaa tietoa tekstin muodossa kertojan puheen mukaisessa tahdissa:</p> <p>[Leikkaukseen valmistautuminen: Perussairaudet hyvään hoitotasapainoon, tupakoimatta 4-8 viikkoa, ravitsemustila tasapainoon, erityisesti syöpäpotilaiden kohdalla, ravinnotta oleminen 6h ennen leikkausta, nesteitä lääkärin antaman yksilöllisen ohjeen mukaisesti. Hampaiden kunnon tarkistaminen. Leikkauksen ajankohta, toimenpiteen luonne ja anestesia muoto.]</p>	<p>1(6)</p> <p>KOHTAUS 1 : Esikäynti</p> <p>Potilaalle annetaan aika leikkausta edeltävälle esikäynnille noin viikkoa ennen toimenpidettä.</p> <p>Esikäynnin yhteydessä potilaan on mahdollista tavata sairaanhoitajan lisäksi fysioterapeutti, anestesia lääkäri ja leikkaava kirurgi.</p> <p>Sairanhoitaja täyttää esikäynnillä anestesiakaavaketta, joka toimii haastattelun pohjana. Anestesiakaavakkeeseen kirjataan potilaan aiemmat sairaudet, allergiat, käytössä olevat lääkkeet sekä potilaan ruokavalio. Tärkeää on selvittää myös aiemmat toimenpiteet ja tutkimukset sekä nykyisten sairauksien oireet.</p> <p>Sairanhoitajan tehtävänä on ohjata potilasta valmistautumaan leikkaukseen kotona. Hoitaja selvittää potilaalta hänen perussairaudet. Lisäksi vastaanotolla käydään läpi seuraavat asiat:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Perussairaudet hyvään hoitotasapainoon -Tupakoivaa potilasta kehoitetaan olemaan tupakoimatta 4-8 viikkoa ennen leikkausta -Ravitsemustila on tärkeää saada kuntoon erityisesti syöpäpotilaiden kohdalla -Leikkausta ennen potilaan tulee olla ravinnotta vähintään kuusi tuntia. Myös nesteiden juomisessa tulee noudattaa lääkärin antamia yksilöllisiä ohjeistuksia. -Potilaan tulee hoitaa ientulehdukset ja rikinäiset hampaat kuntoon. Mikäli potilaalla on hammasproteesit, tulee se kirjata anestesiakaavakkeeseen.
--	--

<p>KOHTAUS 2 : Potilas saapuu sairaalaan</p> <p>Kuvaa: potilaasta kävelemässä osastolle sisään. Kuvaa: omahoitaja vastaanottaa hänet kättelemällä potilasta. Kuvaa: hoitaja saattaa potilaan potilashuoneeseen.</p> <p>Kuvaa: potilas istuu sängylle. Kuvaa: Hoitaja antaa potilaalle avopaidan ja antiemboliasukat. Kuvaa: Hoitaja antaa tunnustusrannekkeen</p> <p>Kuvaa: hoitajasta ja potilaasta. Kuvaa: potilas riisuu korut pois.</p> <p>Kuvaa: potilaalla leikkausvaatteet päällä. Kuvaa: hoitajalla anestesiakaavake kädessä.</p> <p>Kuvaa: hoitaja tulee lääkelasi kädessä potilaan huoneeseen. Kuvaa: potilas istuu sängyllä ja hoitaja antaa hänelle esilääkkeet. (</p> <p>KOHTAUS 3: Potilas viedään sängyllä leikkaussaliin</p> <p>Kuvaa: Hoitaja lähtee sängyn kanssa potilas huoneesta. Potilas makaa sängyllä.</p> <p>Kuvaa: Hoitaja ja potilas saapuu leikkaussalin ovelle, jossa hänet vastaanottaa leikkaussalin hoitaja.</p>	<p>2(6)</p> <p>-Sairaanhoitaja käy potilaan kanssa läpi leikkauksen ajankohdan, toimenpiteen luonteen ja anestesia muodon.</p> <p>KOHTAUS 2 : Potilas saapuu sairaalaan</p> <p>Potilas saapuu sairaalaan leikkausta edeltävänä iltana tai leikkauspäivän aamuna.</p> <p>Potilaan omahoitaja vastaanottaa hänet.</p> <p>Potilaalle annetaan leikkausvaatteet ja tunnustusranneke käteen, josta selviää potilaan nimi, syntymäaika sekä osaston numero.</p> <p>Hoitaja ohjaa potilasta riisumaan korut pois.</p> <p>Vuodeosastolla potilaan anestesiakaavakeeseen kirjataan potilaasta mitatut vitaelintoiminnot eli happisaturaatio, verenpaine, pulssi ja lämpö. Lisäksi laboratorioarvoista kirjataan veriryhmä, hemoglobiini, verensokeri, kalium ja natrium.</p> <p>Hoitaja ohjaa potilasta käymään vessassa, jonka jälkeen hän saa anestesiaaavakkeen määrämät esilääkkeet. Anestesiakaavakeeseen kirjataan annetut esilääkkeet sekä antoaika. Lisäksi kirjataan potilaan viimeisin virtsaamisen ajankohta.</p> <p>KOHTAUS 3: Potilas viedään sängyllä leikkaussaliin</p> <p>Kun leikkausosastolta on saatu lupa, voidaan potilas viedä sängyllä leikkausosastolle.</p> <p>Leikkausosaston hoitajat ottavat potilaan vastaan. Vuodeosaston hoitaja antaa potilaasta raportin anestesiakaavakkeen pohjalta</p>
--	---

<p>Kuvaa: Potilassänkyä ja hoitajia kuvataan leikkaussalissa.</p> <p>KOHTAUS 4: Potilas viedään sängyllä leikkaussalista heräämään</p> <p>Kuvaa: Kuvaa lyhkiosaston toipumistilan ovesta.</p> <p>Kuvaa: Hoitajat laittaa potilaalle happiviikset, Spo2%, EKG ja verenpainemittarin. Samanaikaisesti leikkaussalinhoitaja antaa raporttia heräämön hoitajalle.</p> <p>Kuvaa: Monitorista. Kuvaa: Potilas makaa sängyllä. Kädet peiton päällä (kanyyli näkyy), mittauslaitteita. Hoitajat hänen vierellä.</p> <p>KOHTAUS 5: Potilas haetaan vuodeosastolle heräämöstä</p> <p>Kuvaa: Potilas makaa taustalla (kuvakulma sumennettu)</p> <p>[Siirtokriteerit taulukkomuodossa koko näytölle]:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hengitys esteetöntä ja vaivatonta • Happisaturaatio lisähapen kanssa vähintään 95% • Hengitysfrekvenssi 9-20krt/min • Potilaan tulee olla tajuissaan sekä aikaan ja paikkaan orientointunut 	<p style="text-align: right;">3(6)</p> <p>vastaanottavalle hoitajalle. Tässä vaiheessa hoitovastuu siirtyy leikkausosastolle.</p> <p>KOHTAUS 4: Potilas viedään sängyllä leikkaussalista heräämään</p> <p>Toimenpiteen jälkeen hoito jatkuu heräämössä, jossa potilas on keskimäärin 2-3 tuntia. Tässä vaiheessa potilas saattaa olla vielä unessa.</p> <p>Heräämön hoitaja vastaanottaa potilaan ja samalla hänelle kerrotaan raportti leikkauksesta.</p> <p>Potilaaseen kiinnitetään vitaalielintoimintojen seurantalaitteet, joiden avulla saadaan tietoa potilaan hapettumisesta, sydämen toiminnasta, pulssista ja verenkierrasta. Vitaalielintoimintojen lisäksi kivun seuranta on erityisen tärkeää.</p> <p>Muita tarkkailtavia asioita ovat potilaan tajunnantaso, leikkausalue sekä eritykset.</p> <p>Näin mahdollisiin muutoksiin voidaan reagoida nopeasti. Kirurgisen potilaan hoidossa tulee muistaa, että ensimmäiset 24 tuntia ovat kriittisimmät.</p> <p>KOHTAUS 5: Potilas haetaan vuodeosastolle heräämöstä</p> <p>Jotta potilas voidaan siirtää vuodeosastolle jatkohoitoon, täytyy tiettyjen kriteerien elintoimintojen kohdalla täytyä.</p> <p><i>(Kertoja lukee näytölle avautuvan taulukon)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hengitys esteetöntä ja vaivatonta • Happisaturaatio lisähapen kanssa vähintään 95% • Hengitysfrekvenssi 9-20krt/min • Potilaan tulee olla tajuissaan sekä aikaan ja paikkaan orientointunut
--	---

<ul style="list-style-type: none"> • Kipujen tulee olla hallinnassa] <p>Kuvaa: Vuodeosaston hoitaja saapuu heräämöö.</p> <p>Kuvaa: Vuodeosaston ja heräämön hoitajista keskustelemassa potilaan vierellä. (Potilas hereillä)</p> <p>Kuvaa: Hoitajat irrottavat vitaalielintoimintojen seurantalaitteita.</p> <p>KOHTAUS 6: Vuodeosastolla</p> <p>Kuvaa: Potilas makaa sängyssä vuodeosastolla ja hoitaja mittaa häneltä verenpainetta.</p> <p>Kuvaa: Hoitaja säätää rullasulkijaa</p> <p>Kuvaa: Hoitaja laittaa ruiskulla kanyyliin lääkettä.</p> <p>Kuvaa: [Kipulääkkeet listana]</p> <p>Kuvaa: Hoitaja avustaa potilasta vuoteesta ylös.</p> <p>Kuvaa: Hoitaja tarkistaa leikkausalueen sidokset</p>	<p style="text-align: right;">4(6)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kipujen tulee olla hallinnassa] <p>Kun potilas on siirtokuntoinen, kutsutaan vuodeosaston hoitaja hakemaan häntä.</p> <p>Ennen vuodeosastolle siirtymistä, heräämönhoitaja antaa raportin leikkauksen kulusta ja heräämön aikaisesta hoidosta. Hyvä ja kattava raportti turvaa potilaan hoidon jatkuvuuden. Kattava potilasraportti sisältää:</p> <p>Potilaan henkilötiedot, perussairaudet, leikkausdiagnoosi, tehty toimenpide, leikkauksen kulku, nestehoidon suunnitelma, haava-alueen kunto, drenieritys, virtsaus ja virtsan määrät, potilaan kivut ja kipulääkitys, potilaan yleisvointi, mahdollinen pahoinvointi, verikokeet, vuodeosastolla toteutettava lääkehoito, ohjeet peruselintoimintojen seuramisesta ja potilaan ravinnosta olo sekä ruokavalio osastolla. Raportin jälkeen potilas voi siirtyä jatkohoitoon vuodeosastolle.</p> <p>KOHTAUS 6: Vuodeosastolla</p> <p>Vuodeosastolla potilaan vitaalielintoimintojen seuranta ja hoito jatkuvat. Tarvittaessa potilaalle annetaan oireiden mukaista hoitoa esimerkiksi kivun ja pahoinvoinnin lievitystä.</p> <p>Tavallisesti pahoinvoinnin huippu ilmenee 7-8 tuntia leikkauksen jälkeen.</p> <p>Kivun lääkkeellisessä hoidossa voidaan käyttää tulehduskipulääkkeitä, heikkoja-, keskivahvoja- tai vahvoja opioideja kivun voimakkuuden mukaisesti.</p> <p>Potilasta kannustetaan liikkeelle voimien ja kivun sallimissa rajoissa. Virtsaamista seurataan.</p> <p>Leikkaushaavan hoidossa tulee olla erityisen huolellinen 24 tuntia leikkauksen jälkeen.</p>
--	---

<p>Kuvaa: Hoitaja letkuttaa nestettä.</p> <p>Kuvaa: Hoitaja kerää puhtaita vaatteita ja pyyhkeitä linavaatevälikössä.</p> <p>Kuvaa: Hoitaja ja lääkäri keskustelevat</p> <p>[Kotiuttamisen kriteerit taulukkomuodossa koko näytölle.</p> <p>Yleisesti hyväksytyt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vakaat vitaalitoiminnot • Aikaan ja paikkaan orientoituneisuus • Liikkuminen onnistuu • Enintään vähäistä pahoinvointisuutta/ oksentelua • Kivut hallinnassa • Leikkausalueella ei vuotoja <p>Vaihtelevat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Potilas saa virtsattua • Toimenpiteen alusta kulunut määrätty aika • Toimenpiteeseen kuuluvat yksilölliset ohjeet täyttyvät <p>Kuvaa: Potilas istuu omat vaatteet päällä sängyn reunalla.</p> <p>Kuvaa: Hoitaja istuu potilaan vieressä kädessään papereita. Selittää potilaalle kotihoito-ohjeita.</p> <p>Kuvaa: Hoitaja ja potilas kättelee</p>	<p>5(6)</p> <p>Tänä aikana haavaa hoidetaan steriilisti. Tärkeää on seurata haava-alueen kipua, verenvuotoa ja mahdollisen dreenin erityksen määrää.</p> <p>Nestehoidon määräyksen tekee lääkäri. Hoitajan tehtävänä on toteuttaa nestehoitoa ja annostella nesteytys potilaalle säännöllisin väliajoin.</p> <p>Potilas voi mennä suihkuun ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä.</p> <p>Anestesiaalääkäri tai toimenpiteen tehnyt lääkäri tekee päätöksen potilaan kotiuttamisesta. Kotiutumiseen vaikuttaa toimenpiteen laajuus ja potilaan toipuminen.</p> <p>Yleisten kriteerien mukaisesti ennen kotiutusta potilaan tulee olla aikaan ja paikkaan orientoitunut sekä vitaalielintoimintojen tulee olla vakaat.</p> <p>Potilas pystyy liikkumaan itsenäisesti, pahoinvointi on enintään lievää ja kivut ovat hallinnassa eikä leikkausalueella esiinny vuotoja. Muita vaihtelevia kriteerejä voivat olla esimerkiksi potilaalla on aikuinen saat-taja yön yli.</p> <p>Ennen kuin potilas lähtee kotiin, hänen tulee saada kotihoito-ohjeet suullisesti sekä kirjallisesti. Ohjeistuksessa selviää muun muassa haavanhoito-ohje. Lisäksi potilas saa reseptit tarvittaviin lääkkeisiin, hoitoyksikön yhteystiedot, hoitoyhteenvedon ja jatkohoidon tiedot.</p>
---	--

<p>LOPPUTEKSTIT</p> <p>Näyttelijät Noora Vendelin Jenny Koskinen Emilia Tuunainen</p> <p>Käsikirjoitus Noora Vendelin & Jenny Koskinen</p> <p>Kuvaaja & Leikkaaja Juha-Pekka Aaltonen</p> <p>Kertoja Noora Vendelin</p> <p>Tampereen Ammattikorkeakoulu, logo Tampereen Yliopistollinen sairaala, logo</p>	<p>6(6) Potilaalta varmistetaan, että hän on ymmärtänyt saadut ohjeet.</p>
---	--